

مشروع "اسفير"

الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في مجال الاستجابة الإنسانية

إصدار عام ٢٠١١



مشروع "اسفير"

الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في مجال الاستجابة الإنسانية








الناشر:

مشروع "اسفير"

البريد الإلكتروني: info@sphereproject.org
الموقع على شبكة الإنترنت: www.sphereproject.org

أطلقت مجموعة من المنظمات غير الحكومية إلى جانب حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر مشروع "اسفير" في عام ١٩٩٧، وكان هدفهم هو صياغة مجموعة من المعايير الدنيا العالمية في المجالات الأساسية للاستجابة الإنسانية: دليل المجال. والهدف من هذا الدليل هو تحسين جودة الاستجابة الإنسانية في حالات الكوارث والنزاعات، وتعزيز المساءلة عن النظام الإنساني أمام السكان المتضررين من الكوارث. وتجدر الإشارة إلى أن الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في مجال الاستجابة الإنسانية نتاج تجربة جماعية للعديد من الأفراد والوكالات. ولذلك لا ينبغي اعتباره ممثلاً لآراء أي وكالة بمفردها.

الطبعة الأولى المبدئية عام ١٩٩٨
الطبعة النهائية الأولى عام ٢٠٠٠
الطبعة الثانية عام ٢٠٠٤
الطبعة الثالثة عام ٢٠١١
لقد تم إدخال بعض التعديلات على الطبعة الثالثة

الرقم المعياري الدولي للنشر (ISBN): 978-1-908176-04-2

يرد هذا المطبوع في دليل المكتبة البريطانية ودليل مكتبة مجلس النواب الأمريكي "الكونغرس".

ويتولى توزيع هذا الدليل لصالح مشروع "اسفير" دار الشروق للنشر والتوزيع، عمّان-الاردن

شارع الملك حسين، بناية الشركة المتحدة للتأمين

Dar Al Shorouk for Publishing&Distribution
Amman-Jordan
King Hussein Street,United Insurance Building
P.O.B: 926463 code 11118
هاتف: +962-6-6-4618190
فاكس: +962-6-4610065
بريد الكتروني: shorokjo@nol.com.jo
الموقع على شبكة الانترنت: www.shorok.com

النسق الطباعي من تصميم: messaggio، ميتز-تيسي، فرنسا
طبع بواسطة: هوبس ذي برينترس، هامبشاير، المملكة المتحدة.
ترجمة النسخة العربية: مها الخفاجي وطارق رزق



تقديم

هذه هي أحدث طبعة من دليل "اسفير"، *الميثـاق الإنساني والمعايير الدنيا في مجـال الاستجابة الإنسانية*، وهي نتاج تعاون واسع مشترك بين الوكالات.

ويتجسد في هذا الميثـاق الإنساني والمعايير الدنيا تصميم الوكالات على تحسين فعالية ما تقدمه من مساعدة، واستعدادها لتحمل المسؤولية أمام أصحاب المصلحة، بما يسهم في وجود إطار عملي للمساءلة.

وبالطبع فإن الميثـاق الإنساني والمعايير الدنيا لا تمنع الأزمات الإنسانية من الوقوع، ولا تتفادى المعاناة الإنسانية. إلا أنها تتيح فرصة لتعزيز المساعدة بهدف إحداث تغيير في حياة الناس المتضررين من الكوارث.

وانطلاقاً من أصولها التي ترجع إلى أواخر التسعينيات من القرن الماضي كمبادرة من مجموعة من المنظمات غير الحكومية الإنسانية وحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر، فإن معايير "اسفير" يجري تطبيقها الآن كمعايير واقعية في مجـال الاستجابة الإنسانية في القرن الحادي والعشرين.

ولذلك، فإنه يتوجب توجيه كلمة عرفان إلى جميع أولئك الذين ساهموا في تنفيذ هذا العمل.

تون فان زوتفن
رئيس مجلس إدارة مشروع "اسفير"

جون داميريل
مدير المشروع

كلمة شكر وتقدير

لقد تم تنقيح دليل "اسفير" عبر عملية تعاونية تشاورية موسعة، بمشاركة عدد كبير من الأشخاص حول العالم – وعددهم كبير بدرجة يتعذر معها ذكر أسمائهم جميعاً. ومشروع "اسفير" يشيد بمدى اتساع نطاق المساهمات المقدمة، واستعداد المنظمات والأفراد على المشاركة.

وقد اضطلعت مجموعة من منسقي الفصول التقنية بعملية تنقيح الدليل من أجل الفصول التقنية والمواضيع الشاملة، مدعومة بخبراء بشأن القضايا الناشئة، وجميعهم من الممارسين في القطاع، سواء من المعارين من منظمات إنسانية، أو من المتعاقدين بشكل مباشر، وذلك بناءً على المستوى المنشود للعمل. وقد قاد خبراء استشاريون عملية التنقيح لعناصر ذات صلة بالدليل ككل، الأمر الذي تطلب عملاً جديداً كبيراً. وما لم يذكر خلاف ذلك، فإن الأسماء التالية هي لاستشاريين.

الميثـاق الإنساني: جيمس دارسي، ماري بيكارد، جيم بيشوب (إنترأكشن)، كلير سميث (منظمة كير الدولية)، إيفون كليمان (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)

مبادئ الحماية: إد شنكنبيرغ فان ميروب (المجلس الدولي للوكالات الطوعية)، كلودين هايني ديل

المعايير الأساسية: بيتا سانديسون، سارة ديفيدسون

الفصول التقنية

- **الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة:** نيغا بازيزيو ليغيسي (أوكسفام بريطانيا العظمى)
- **الأمن الغذائي والتغذية:**
  - **التغذية:** سوزان ثورستانز (إنقاذ الطفولة بالمملكة المتحدة)
  - **الأمن الغذائي وسبل المعيشة:** ديفريغ فيلي (العمل ضد الجوع)
  - **المعونة الغذائية:** بول ترنبول (برنامج الأغذية العالمي)، التر ميدلتون (وورلد فيجن الدولية)
- **المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية:** جراهام سوندرز (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)
- **العمل الصحي:** مسفين تكلو (وورلد فيجن الدولية)

المواضيع المشتركة عبر الدليل:

- **الأطفال:** مونيكا بلومستروم، ماري مورث (كلتاهما من إنقاذ الطفولة بالسويد)
- **كبار السن:** جو ويلز (الرابطة الدولية للمسنين "هيلبيدج")
- **ذوو الإعاقة:** ماريا كيت (مركز ليونارد شيشاير للإعاقة والتنمية الشاملة)

- **العدل بين الجنسين (الجنسانية):** سيوبهان فوران (مشروع "جين كاب" التابع للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات)
- **القضايا النفسية الاجتماعية:** مارك فان أوميرين (منظمة الصحة العالمية)، مايك ويسيلز (جامعة كولومبيا)
- **فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز:** بول شبيغل (مكتب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)
- **البيئة وتغير المناخ والحد من مخاطر الكوارث:** أنيتا فان بريدا (الصندوق العالمي للطبيعة)، نايغل تيمينز (المعونة المسيحية "كريستيان إيد")

المعايير المترافقة مع معايير "اسفير"

- **التوعية المبكر:** جينيفر هوفمان، تزفيتوميرا لوب(كلاهما من الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ "الآيني")
- **الثروة الحيوانية:** كاثي واتسون (المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية "LEGS")
- **الانتعاش الاقتصادي:** تريسي غريستل، لورا ميسنر (كلتاهما من شبكة النهوض بالمشروعات الصغيرة وتعزيزها "سيب")

الخبراء

- **الانتعاش المبكر:** ماريا أولغا غونزاليس (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي – مكتب منع الأزمات والإنعاش)
- **تنسيق المخيمات وإدارة المخيمات:** جيليان دون (اللجنة الدولية للإنقاذ)
- **برامج التحويلات النقدية:** نوبور كوكريتي (شبكة الشراكة المعنية بالتعلم في مجال التحويلات النقدية)

وبالإضافة إلى ذلك، فقد تم التشاور مع عدد من الأشخاص فيما يتعلق بالربط بين الجهات المدنية والعسكرية، وبحساسيات النزاعات، والبيئات الحضرية.

وقد تم تأسيس **فرق عمل وفرق مرجعية** لدعم منسقي الفصول التقنية في عملهم، بينما ينوه مشروع "اسفير" بمساهمة جميع هؤلاء الأشخاص، فإن المجال لا يتسع لذكر أسمائهم هنا. ومع ذلك، فبالإمكان الاطلاع على القائمة الكاملة بأسماء جميع أعضاء فريق العمل والفريق المرجعي على الموقع الإلكتروني لمشروع "اسفير": www.sphereproject.org.

المحررون: فيل غريني، سو فيفنر، ديفيد ويلسون

مسهّلو حلقة العمل المعنية بالتنقيح: راجا جاراه

أخصائيو الرصد والتقييم: كلوديا شنايدر، المركز السويسري للتكنولوجيا الملائمة

مجلس إدارة مشروع "اسفير" *(حتى ٣١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٠)*

تحالف عمل الكنائس معاً (جون ندونا) * هيئة "أكبر" لتنسيق الإغاثة في أفغانستان (لوران سيلارد) * أكشن دويتشلاند هيلفت (مانويلا روسباخ) * منظمة كير الدولية (أوليفييه براونستيفر) * مؤسسة كاريتاس الدولية (جان ويتس) * المجلس الدولي للوكالات الطوعية (إد شنكنبيرغ فان ميروب) * اللجنة الدولية للإنقاذ (جيليان دون) * إنترأكشن (ليندا بوتيت) * إنترمون أوكسفام (إيلينا سغورباتي) * الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (الاتحاد الدولي) (سايمون إكليشال) * الاتحاد اللوثري العالمي (رودلمار بوينو دي فاريا) * مجموعة عمل السياسات المعنية بالاستجابة لحالات الطوارئ (ميا فوكوجيفيك) * الخطة الدولية (أوني كريشنان) * تحالف إنقاذ الطفولة (آني فوستر) * "اسفير" فرع الهند (إن. إم. بروستي) * جيش الخلاص (رايلتون جيبس) * وورلد فيجن الدولية (تون فان زوتفن)

الجهات المانحة

بالإضافة إلى المساهمات التي قدمتها المنظمات الأعضاء في مجلس الإدارة المذكورة أعلاه، فقد قامت الجهات التالية بتمويل عملية تنقيح الدليل:

الوكالة الأسترالية للتنمية الدولية (المعونة الأسترالية) * مكتب المفوضية الأوروبية للشؤون الإنسانية (إيكو) * وزارة الشؤون الخارجية الألمانية * وزارة الشؤون الخارجية الاسبانية * الوكالة السويسرية للتنمية والتعاون * قسم التنمية الدولية (المملكة المتحدة) * مكتب السكان واللاجئين والهجرة التابع لوزارة خارجية الولايات المتحدة الأمريكية * مكتب المساعدة الخارجية في حالات الكوارث التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

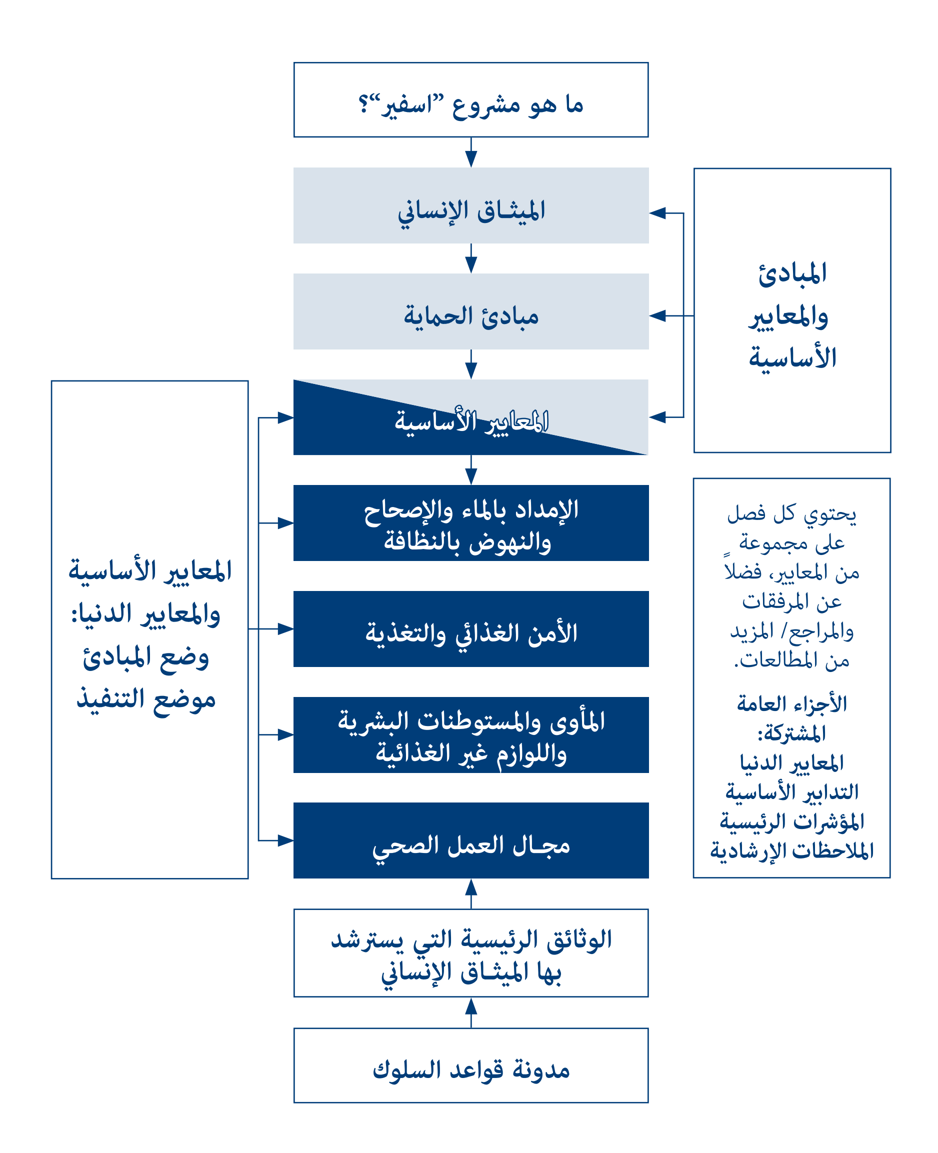
أعضاء فريق موظفي مشروع "اسفير"

مدير المشروع: جون داميريل
إدارة التدريب والتعلم: فيرونيكا فوبرت
إدارة الترويج والمواد: أنينيا ناديغ
الدعم التدريبي والترويجي: سيسيليا فورتيد
الشؤون الإدارية والمالية ليديا بوكويز

وخلال مراحل متعددة أثناء عملية تنقيح هذا الدليل، كان هناك دعماً إضافياً، قدمه أليسون جوينر، وهاني إسكندر، ولورا لوبيز.

قائمة المحتويات

أجزاء الدليل



ما هو مشروع "اسفير"؟



ما هو مشروع "اسفير"؟

يحظى مشروع "اسفير" والدليل الخاص به بشهرة واسعة لإدخاله اعتبارات مراعاة الجودة والمساءلة إلى مجـال الاستجابة الإنسانية. ولكن ما هي أصول مشروع "اسفير"؟ ما هي فلسفته وما هو نهجه؟ كيف ينظر إلى هذا الدليل، ولماذا؟ ما هو موقعه في العالم الأوسع للعمل الإنساني؟ ومن الذي ينبغي له استعماله، ومتى؟ تلك هي الأسئلة الرئيسيةِ التي يسعى هذا الفصل جاهداً نحو توفير بعض الإجابات عنها. وعلاوة على ذلك، فإنه يشرح تفصيلياً طريقة تنظيم هذا الدليل، وكيفية استعماله، وكيف يمكن لكم أو لمنظمتكم العمل وفقاً للمعايير الدنيا لمشروع "اسفير".

فلسفة مشروع "اسفير": الحق في الحياة بكرامة

باشرت مجموعة من الوكالات الإنسانية غير الحكومية إلى جانب الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر مشروع "اسفير" في عام ١٩٩٧، وكان هدفهم هو تحسين جودة أعمالهم في مجـال الاستجابة للكوارث، واستعدادهم لقبول المساءلة عن ذلك. وقاموا بإرساء فلسفة مشروع "اسفير" على **معتقدين أساسيين**: أولهما، أن السكان المتضررين من الكوارث أو النزاعات لديهم الحق في الحياة بكرامة، وبالتالي، فلديهم حق الحصول على المساعدة، وثانيهما، أنه ينبغي اتخاذ كافة الخطوات الممكنة لتخفيف المعاناة الإنسانية الناجمة عن الكوارث أو النزاعات.

وفي إطار المسعى الجاد نحو دعم هذين المعتقدين الأساسيين، فقد وضع مشروع "اسفير" إطاراً للميثاق الإنساني، وحدد مجموعة من **المعايير الدنيا** في قطاعات رئيسية منقذة للحياة، تجسدها الآن الفصول التقنية الأربعة من هذا الدليل: الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، والأمن الغذائي والتغذية، والمأوى والمستوطنات واللوازم غير الغذائية، ومجـال العمل الصحي. أما **المعايير الأساسية** فهي معايير عملية، وتنطبق على جميع الفصول التقنية.

والمعايير الدنيا هي معايير تقوم على الأدلة، وتمثل آراء قطاعية بشأن أفضل الممارسات في مجـال الاستجابة الإنسانية. وكل معيار مصحوب بتدابير أساسية، ومؤشرات رئيسية، وملاحظات إرشادات (يأتي وصفها في الجزء الوارد أدناه بشأن "كيفية استعمال المعايير")، تعطي توجيهاً بشأن كيفية تحقيقه.

وتصف المعايير الدنيا الشروط التي يتحتم تحقيقها في أي استجابة إنسانية لكي يتسنى للسكان المتضررين من الكوارث البقاء على قيد الحياة، والانتعاش بكرامة وفي ظل ظروف مستقرة. وفي صميم الفلسفة التي تقف وراء مشروع "اسفير" يكمن **إشراك السكان المتضررين** في العملية التشاورية، وبالتالي، فقد كان هذا المشروع من أوائل ما يعرف الآن باسم مبادرات **الجودة والمساءلة**.



ويجري نشر الميثـاق الإنساني والمعايير الدنيا معاً في **دليل واحد**، وأحدث طبعاته هي تلك التي تقرأونها بين يديكم الآن. وهذا الدليل مصمم من أجل التخطيط والتنفيذ والرصد والتقييم خلال عملية الاستجابة الإنسانية. وهو أيضاً أداة فعالة للمناصرة عند التفاوض مع السلطات من أجل حيز العمل الإنساني، ومن أجل توفير الموارد. وعلاوة على ذلك، فمع تزايد اهتمام الجهات المانحة بإدراج المعايير في متطلباتهم بشأن ما يرفع إليهم من تقارير، فإن هذا الدليل يكون مفيداً لأنشطة التأهب للكوارث والتخطيط للطوارئ.

ولكون هذا الدليل غير مملوك لأي منظمة، فإنه يحظى بقبول واسع النطاق من جانب القطاع الإنساني ككل، وأصبح من مجموعات المعايير التي تحظى بأكبر قدر من الشهرة والاعتراف الدولي فيما يتعلق بالاستجابة الإنسانية، ويستخدم كأداة اتصال وتنسيق مشتركة بين الوكالات.

وكان أول إصدار لهذا الدليل في عام ٢٠٠٠، وتم تنقيحه عام ٢٠٠٣، ثم أعيد تنقيحه مرة أخرى عامي ٢٠٠٩ و٢٠١٠. وكانت تُجرى مشاورات على مستوى القطاع خلال كل عملية للتنقيح، شملت مجموعة واسعة من الوكالات والمنظمات والأفراد، بما في ذلك وكالات حكومية، ووكالات للأمم المتحدة.

والمستخدمون الرئيسيون لدليل "اسفير" هم الممارسون المنخرطون في التخطيط أو الإدارة أو التنفيذ في مجـال الاستجابة الإنسانية، ويشمل ذلك الموظفين والمتطوعين في الوكالات الإنسانية المحلية والوطنية والدولية. وكثيراً ما تجري الإشارة إلى المعايير الدنيا، في سياق جمع الأموال ومقترحات المشاريع.

كما أن الجهات الفاعلة الأخرى، مثل الحكومات، أو السلطات المحلية أو العسكرية، أو القطاع الخاص، مدعوة إلى استعمال دليل "اسفير"، فقد يكون استخدامه من الأمور المفيدة في توجيه أنشطتهم الخاصة، وفي مساعدتهم على فهم المعايير التي تستعملها الوكالات الإنسانية التي قد يتفاعلون معها.

الدليل: تجسيد لقيم "اسفير"

تعكس الطريقة التي تم بها تنظيم هذا الدليل الهدف من مشروع "اسفير"، وذلك لترسيخ أسس الاستجابة الإنسانية في نهج حقوقي يقوم على المشاركة.

الميثـاق الإنساني، ومبادئ الحماية، والمعايير الأساسية

يعبر الميثـاق الإنساني ومبادئ الحماية والمعايير الأساسية تعبيراً واضحاً عن نهج مشروع "اسفير" القائم على الحقوق، الذي يركز على الناس، في مجـال الاستجابة الإنسانية. وكلها تركز على أهمية إدراج السكان المتضررين، والسلطات المحلية والوطنية في جميع مراحل الاستجابة. وتم تجميع مبادئ الحماية والمعايير الأساسية معاً في بداية هذا الدليل تفادياً لتكرارها مع كل فصل تقني. ولذا، فيجب على مستعملي معايير "اسفير"، بمن فيهم المتخصصين في أي مجـال تقني محدد، النظر إليها كجزء لا يتجزأ من هذه الفصول.

وحجر الزاوية في هذا الدليل هو **الميثـاق الإنساني** (مصحوباً بقائمة توصيفية لوثائق قانونية وسياسية أساسية، في الملحق رقم ١ الصفحة رقم ٣٤٠). وهو يوفر خلفية أخلاقية وقانونية لمبادئ الحماية، فضلاً عن المعايير الأساسية والمعايير الدنيا، وهو بذلك يمهد السبيل نحو تفسيرها وتنفيذها على نحو صحيح. وهو بيان لحقوق والتزامات قانونية مقررة، ومعتقدات والتزامات مشتركة للوكالات الإنسانية، وقد جرى جمعها كلها في مجموعة من **المبادئ والحقوق والواجبات المشتركة**، التي تأسست على مبدأ الإنسانية

والواجب الإنساني، وهي تشمل الحق في الحياة بكرامة، والحق في الحصول على المساعدات الإنسانية، والحق في الحماية والأمن. كما يؤكد الميثـاق على أهمية **مساءلة الوكالة عن المجتمعات المتضررة**. وتعبر المعايير الأساسية والمعايير الدنيا تعبيراً واضحاً عما تعنيه هذه المبادئ والالتزامات من حيث الممارسة.

ويقدم الميثـاق الإنساني تفسيراً لسبب كون المساعدة والحماية ركيزتين هامتين في مجـال العمل الإنساني. ومن أجل مواصلة تطوير هذا الجانب المتعلق بالحماية، فقد تضمن الدليل مجموعة من **مبادئ الحماية**، التي تترجم عدة مبادئ قانونية وحقوق أوجزها الميثـاق، إلى استراتيجيات وتدابير ينبغي الاسترشاد بها في مجـال الممارسة الإنسانية من منظور الحماية. فالحماية تشكل جزءاً أساسياً من أجزاء العمل الإنساني، كما تشير مبادئ الحماية إلى مسؤولية كافة الوكالات الإنسانية عن ضمان أن تكون أنشطتها معنية بأكثر التهديدات خطورة التي يواجهها السكان المتضررون عادة في أوقات النزاعات أو الكوارث.

وينبغي لكافة الوكالات الإنسانية ضمان عدم جلب أعمالها لمزيد من الأذى للأشخاص المتضررين (مبدأ الحماية رقم ١)، وأن تصب أنشطتها بشكل خاص في مصلحة من هم أشد تضرراً واستضعافاً (مبدأ الحماية رقم ٢)، وأن تسهم في حماية المتضررين من العنف وغير ذلك من أشكال الانتهاكات لحقوق الإنسان (مبدأ الحماية رقم ٣)، وأن تساعد المتضررين على التعافي من الانتهاكات (مبدأ الحماية رقم ٤). وتأتي أدوار الوكالات الإنسانية ومسؤولياتها في مجـال الحماية، بوجه عام، في المقام التالي للمسؤولية القانونية التي تتحملها الدولة أو غيرها من السلطات ذات الصلة. وغالباً ما تنطوي الحماية على تذكير هذه السلطات بمسؤولياتها.

و**المعايير الأساسية** هي أول مجموعة من المعايير الدنيا، التي تسترشد بها باقي المعايير. وهي تعبر عن أهمية العمليات والنهوج المتبعة خلال الاستجابة الإنسانية لتجعلها استجابة فعالة. ومن الأمور الأساسية لكي يتسنى تحقيق المعايير التقنية: التركيز على قدرات المتضررين من الكوارث أو النزاعات ومشاركتهم مشاركة نشطة، وإجراء التحليل الشامل للحاجات والسياقات وفهمها، والتنسيق الفعال بين الوكالات، والعمل على التحسين المستمر للأداء، ودعم عمال الإغاثة المهرة دعماً ملائماً.

وقد تم تجميع مبادئ الحماية والمعايير الأساسية معاً في بداية الدليل، وذلك لتفادي تكرارها في كل فصل من الفصول التقنية. وهي تدعم كافة الأنشطة الإنسانية، **ويجب استعمالها بالاقتران مع الفصول التقنية**. وهي حاسمة فيما يتعلق بتحقيق المعايير التقنية بروح من الجودة، والمساءلة عن السكان المتضررين.

ترد المعايير الأساسية والمعايير الدنيا في أربعة فصول تقنية

فالمعايير الأساسية والمعايير الدنيا تغطي نهوج وضع البرامج وأربع مجموعات من مجموعات الأنشطة المنقذة للحياة: الإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة، والأمن الغذائي والتغذية، والمأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية، ومجـال العمل الصحي.



كيفية استعمال المعايير

تتبع المعايير الأساسية والمعايير الدنيا صياغة محددة. فكل معيار منها يبدأ ببيان عام وشامل – المعايير الدنيا – تليه سلسلة من التدابير الأساسية، والمؤشرات الرئيسية، والملاحظات الإرشادات.

ويأتي أولاً ذكر **المعايير الدنيا**، حيث يجري اشتقاق كل معيار من المبدأ الذي مفاده أن السكان المتضررين من الكوارث لديهم الحق في الحياة بكرامة. فهي إذن معايير نوعية بطبيعتها، وهي تحدد المستويات الدنيا التي يتعين تحقيقها في مجـال الاستجابة الإنسانية. ويمتد نطاقها عالمياً، وتنطبق على أي حالة من حالات الكوارث. فهي، بالتالي، قد صيغت بعبارات عامة.

ثم يأتي بعد ذلك اقتراح **التدابير الأساسية**، اللازمة لتحقيق تلك المعايير الدنيا. وقد لا تنطبق بعض هذه المعايير في جميع السياقات، والأمر متروك للممارس بشأن تحديد التدابير ذات الصلة، أو استنباط تدابير بديلة من شأنها أن تؤدي إلى المعيار الذي يتم الوفاء به.

بعدئذ، تأتي مجموعة **المؤشرات الرئيسية**، التي هي بمثابة "إشارات" تبين ما إذا كان قد تم تحقيق أحد المعايير. وهي توفر طريقة للقياس ورفع التقارير بشأن العمليات المتعلقة بالتدابير الأساسية ونتائجها الرئيسية، وتتعلق تلك المؤشرات الرئيسية بالمعايير الدنيا، وليس بالتدابير الأساسية.

وتأتي أخيراً، **الملاحظات الإرشادات**، لتشمل نقاطاً محددة السياق، يتعين أخذها بعين الاعتبار عند استهداف الوصول إلى التدابير الأساسية والمؤشرات الرئيسية. وهي توفر توجيهات بشأن معالجة صعوبات أو معايير عملية، أو إسداء النصح بشأن مواضيع متشعبة ذات أولوية. كما يجوز أن تشمل قضايا هامة تتعلق بالمعايير أو التدابير أو المؤشرات، وتقدم وصفاً للمعضلات أو الخلافات أو الثغرات الموجودة في المعارف الحالية. بيد أنها **لا** توفر توجيهات بشأن **كيفية** تنفيذ نشاط معين.

وهناك **مقدمة موجزة لكل فصل** تحدد القضايا الرئيسية ذات الصلة. وتتضمن الفصول التقنية المتعلقة بالمعايير الدنيا مزيداً من المرفقات، التي تشمل على سبيل المثال، قوائم مرجعية للتقدير، وصيغ، وجداول، وأمثلة لنماذج رفع التقارير. وينتهي كل فصل بقائمة للمراجع واقتراحات بشأن المزيد من القراءة. ويمكن الاطلاع على مسرد مصطلحات مفصل للدليل بأكمله على موقع الإنترنت الخاص بمشروع "اسفير" www.sphereproject.org.

وجميع الفصول مترابطة. فكثيراً ما يكون من الضروري معالجة معايير موصوفة في أحد القطاعات بالاقتران مع معايير موصوفة في قطاعات أخرى، ونتيجة لذلك، فإن الدليل يتضمن العديد من الإشارات المرجعية.

المطابقة مع المعايير الدنيا لمشروع "اسفير"

إن دليل "اسفير" عبارة عن قواعد تطوعية، وأداة للتنظيم الذاتي، من أجل الجودة والمساءلة، وحريٌّ بالذكر أن مشروع "اسفير" لا يعتمد أية آلية للامتثال، فلا يوجد شيء مثل "التسجيل" أو العضوية في "اسفير"، أو أي عملية للاعتماد. وقد اختار مشروع "اسفير" عن وعي ألا يكون هذا الدليل إلزامياً أو ينتحى منحى امتثالياً، وذلك من أجل تشجيع أوسع نطاق اعتماد ممكن للدليل.

وهو دليل لا يقدم توجيهاً عملياً حول كيفية تقديم خدمات بعينها (تقترح التدابير الأساسية أنشطة للوصول إلى المعيار، ولكن بدون تحديد كيفية القيام بذلك)، وإنما يقوم بدلاً من ذلك، بشرح ما **يتوجب العمل به** لكي يتسنى ضمان الحياة بكرامة للسكان المتضررين. ولذلك، فإن الأمر متروك لكل وكالة منفذة لتختار نظاماً لضمان تطابقها مع المعايير الدنيا لمشروع "اسفير". وقد استعملت بعض الوكالات آليات داخلية بحتة، بينما اختار بعضها الآخر إجراء استعراض أقران. وقد استعملت بعض شبكات الوكالات مشروع "اسفير" لتقييم استجابتها الجماعية في حالات طوارئ معينة.

والتطابق مع "اسفير" لا يعني تلبية جميع المعايير والمؤشرات. فالدرجة التي يمكن بها للوكالات الوفاء بالمعايير تعتمد على مجموعة من العوامل، بعضها خارج دائرة سيطرتها، وقد يستحيل في بعض الأحيان تلبية هذه المعايير نتيجة لوجود صعوبات في الوصول إلى السكان المتضررين، أو الافتقار إلى التعاون من جانب السلطات، أو انعدام الأمن بدرجة شديدة.

أما إذا كانت الظروف المعيشية بشكل عام للسكان المتضررين تقل بالفعل كثيراً عن المعايير الدنيا قبل وقوع الكارثة، فقد لا يكون لدى الوكالات ما يكفي من الموارد لتلبية المعايير. وفي مثل هذه الحالات، فقد يكون توفير المرافق الأساسية لكافة السكان المتضررين أكثر أهمية من تحقيق المعايير الدنيا لنسبة محددة من السكان.

وقد تتجاوز المعايير الدنيا أحياناً الظروف المعيشية المعتادة يومياً لسكان المناطق المحيطة، وعلى الرغم من أن الالتزام بالمعايير لصالح السكان المتضررين من الكوارث يبقى أمراً أساسياً، إلا أن مثل هذه الحالات قد تشير أيضاً إلى ضرورة اتخاذ إجراء لدعم السكان في المناطق المحيطة، والدخول في حوار مع قادة المجتمع المحلي. وما هو مناسب وممكن؛ سيكون وفقاً على السياق.

أما في الحالات التي لا يمكن فيها تلبية المعايير، فينبغي للوكالات الدولية القيام بما يلي:

- أن تصف في تقاريرها (التقدير والتقييم... إلخ) الفجوة بين مؤشرات "اسفير" ذات الصلة من ناحية، وما توصلت إليه تلك الوكالات من واقع الممارسة
- شرح أسباب ذلك، والتغيير المطلوب
- تقدير التبعات السلبية الواقعة على السكان المتضررين
- اتخاذ تدابير التخفيف المناسبة لتقليل الضرر الناجم عن هذه التبعات إلى أدنى حد ممكن.

ومن خلال الالتزام بالخطوات المذكورة أعلاه، يمكن للوكالات أن تبرهن على مطابقتها لفلسفة "اسفير"، ومعاييره الدنيا، حتى وإن لم تكن قادرة على الوفاء بها على النحو المبين في هذا الدليل.

مكانة مشروع "اسفير" داخل مجـال العمل الإنساني



لقد تم تصميم دليل "اسفير" من أجل استعماله خلال الاستجابة الإنسانية في مجموعة من الحالات التي تتضمن الكوارث الطبيعية، والنزاعات، والأوضاع الكارثية ذات البدايات البطيئة أو السريعة، والبيئات الريفية والحضرية، وحالات الطوارئ السياسية المعقدة في كافة البلدان. ويشمل مصطلح "كارثة" هذه الحالات، ويستخدم مصطلح "نزاع"عند الاقتضاء، أما مصطلح "السكان" فيشير إلى الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والمجموعات واسعة النطاق. وبالتالي، فإننا عادة ما نستخدم تعبير "السكان المتضررين من الكوارث" عبر كل صفحات هذا الدليل.

متى يتعين استعمال هذا الدليل

فيما يتعلق بفترة **الاستجابة الإنسانية**، فإن المعايير الدنيا لمشروع "اسفير"تغطي الأنشطة التي تلبي الحاجات العاجلة اللازمة للبقاء على الحياة للسكان المتضررين من الكوارث. وقد تتراوح مدة هذه المرحلة بين بضعة أيام أو أسابيع، أو عدة شهور أو حتى سنوات، ولا سيما في السياقات التي تنطوي على حالات انعدام الأمن والنزوح التي طال أمدها. ولذلك، فمن المستحيل تحديد إطار زمني للفترة التي يتعين خلالها استعمال معايير مشروع "اسفير".

إلا أن هذا الدليل يحظى بمكانة خاصة داخل حدود مجـال **العمل الإنساني** الأوسع، الذي يتجاوز توفير الإغاثة الفورية، إلى طائفة من الأنشطة التي تبدأ بالتأهب للكوارث، مروراً بالاستجابة الإنسانية، وانتهاءً بمرحلة الانتعاش المبكر. وكأداة مرجعية، فإن هذا الدليل مفيد في كل مرحلة من مراحل التأهب للكوارث، والانتعاش المبكر، حيث يشكل من ناحية المفهوم "إطاراً" للاستجابة الإنسانية، أما في الواقع فمن الضروري أخذها جميعاً بعين الاعتبار في آن واحد.

ويتطلب **التأهب للكوارث** أن يكون لدى الأطراف الفاعلة – الحكومات، والوكالات الإنسانية، ومنظمات المجتمع المدني المحلية، والمجتمعات المحلية، والأفراد – القدرات والعلاقات والمعارف اللازمة للتأهب للكوارث والنزاعات والاستجابة لها بطريقة فعالة، وينبغي لها قبل وأثناء عملية الاستجابة، المبادرة باتخاذ التدابير اللازمة التي من شأنها أن تحسِّن من التأهب وتحد من المخاطر في المستقبل. وينبغي أن تكون تلك الأطراف متأهبة، على الأقل، لتلبية المعايير الدنيا لمشروع "اسفير" خلال الكوارث في المستقبل.

أما **الانتعاش المبكر**، فهو العملية التالية لمرحلة الإغاثة، ويستمر حتى مرحلة الانتعاش طويلة الأجل، وتكون فعاليتها في أشدها إذا ما أحسن توقعها وتسهيلها منذ البداية الأولي للاستجابة الإنسانية. ونظراً لأهمية الانتعاش المبكر، فإن هذا الدليل يشير إليه في كافة فصوله، وحسبما يقتضى الحال.

التطورات في القطاع الإنساني وتبعات ذلك على مشروع "اسفير"

لقد ظهر عدد من التطورات في القطاع الإنساني والمجالات الأخرى ذات الصلة على مدى السنوات القليلة الماضية، ويتضمن ذلك تغيرات في طبيعة الكوارث والنزاعات، فضلاً عن العمل الإنساني. وتشمل التطورات التي أخذتها عملية تنقيح هذا الدليل بعين الاعتبار ما يلي:

- تنامي التركيز المفاهيمي والتنفيذي على الاستجابات المحلية والوطنية، مع التسليم بوجوب التشاور مع **السكان المتضررين**، وكذلك بحتمية تعزيز القدرات على الاستجابة لدى الدول والوكالات والمؤسسات الوطنية المتضررة من الأزمات.
- تحقيق **مساءلة** أكثر استباقية عن العمل الإنساني، ولا سيما فيما يتعلق بالمساءلة عن السكان المتضررين، ولكن مع تنسيق أكثر استباقية أيضاً، يتضمن ما يدور داخل عملية الإصلاح في المجال الإنساني (النهج التكتلي)، تحت رعاية اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.
- تزايد التركيز على مسائل **الحماية** والاستجابات
- تزايد الوعي بشأن احتمالات الهجرة القسرية واسعة النطاق بسبب **الكوارث الناجمة عن تغير المناخ**، والتوعية بأن التدهور البيئي يزيد من مواطن الضعف
- الاعتراف بالتزايد السريع لعدد **فقراء السكان في المناطق الحضرية**، وبأن لديهم مواطن ضعف محددة، ولا سيما فيما يتصل بالاقتصاد النقدي، والتلاحم الاجتماعي، والحيز المادي
- النهوج الجديدة لتقديم المعونة، مثل **التحويلات النقدية والقسائم** والمشتريات المحلية التي بدأت تحل محل طرود المساعدات الإنسانية العينية
- تزايد الاعتراف **بالحد من مخاطر الكوارث** سواء كقطاع أو كنهج
- تزايد مشاركة **الجيش** في الاستجابة الإنسانية، الذي يشكل مجموعة من الجهات الفاعلة غير المدفوعة بالواجب الإنساني في المقام الأول، الأمر الذي يتطلب تطوير إرشادات محددة واستراتيجيات تنسيقية من أجل الحوار المدني-العسكري في المجال الإنساني
- تزايد مشاركة **القطاع الخاص** في الاستجابة الإنسانية، الأمر الذي يتطلب إرشادات واستراتيجيات مماثلة لتلك المتعلقة بالحوار المدني – العسكري.

وقد تم إدراج هذه التطورات في دليل مشروع "اسفير" حسب الاقتضاء – ولا سيما فيما يتعلق **بالقضايا الناشئة** في مجال التحويلات النقدية، والانتعاش المبكر، والعلاقات المدنية – العسكرية.

فهم السياق خلال الاستجابة الإنسانية

لكي تكون الاستجابة الإنسانية فعالة، يتحتم أن تقوم على تشخيص سياقي شامل (التقدير والرصد والتقييم)، وذلك لكي يتسنى **تحليل حاجات الناس، ومواطن الضعف والقدرات في كل سياق.**

وقد تم تصميم الدليل أساساً كأداة للتعرف على مختلف السياقات، ولتكييف برامج الاستجابة تبعاً لذلك: فهو يوجه الممارسين في تفكيرهم بشأن الوصول إلى معايير يمكن تطبيقها بشكل عام في أوضاع أو سياقات ملموسة، مع التركيز بوجه خاص على مواطن ضعف وقدرات محددة.

لا يقف كل فرادى السكان المتضررين من الكوارث على قدم المساواة فيما يتعلق بما لديهم من قوة وسيطرة على الموارد، ولذلك، فإن التأثير الواقع على الناس يختلف على أساس أصلهم العرقي أو دياناتهم



أو انتماءاتهم السياسية، وقد يلحق النزوح الداخلي الضعف ببعض الناس الذين ما كانوا ليتعرضوا للخطر في الأوضاع الطبيعية. وقد يحرم النساء أو الأطفال أو كبار السن أو المعوقون أو المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، من المساعدة الحيوية أو فرصة الاستماع إليهم بسبب الحواجز المادية والثقافية و/أو الاجتماعية. وقد أظهرت التجربة أن معاملة هؤلاء الناس كقائمة طويلة من "الجماعات المستضعفة" يمكن أن تؤدي إلى تدخلات مفتتة وغير فعالة، تتجاهل تداخل مواطن الضعف وطبيعتها المتغيرة بمرور الوقت، حتى أثناء أزمة محددة بعينها.

ويتحتم كذلك على جهود الإغاثة والانتعاش مراعاة المخاطر ومواطن الضعف في المستقبل، لكي يتسنى إعادة بناء المجتمعات لتكون أكثر أمناً، وتعزيز زيادة القدرة على الصمود والتعافي. وقد بدأت بالفعل في أجزاء كثيرة من العالم ظهور تبعات تغير المناخ على أنماط المخاطر، ومن الضروري الجمع بين المعرفة التقليدية بالمخاطر ومواطن الضعف والقدرات من جانب، وتقدير مخاطر تغير المناخ في المستقبل من جانب آخر.

ولكي يتسنى تحقيق الإنصاف لكل حالة منفردة من حالات الكوارث ومواطن الضعف والقدرات الخاصة لدى السكان المتضررين، فقد عالج الدليل عدداً من **المواضيع المتشعبة**. وهي مواضيع تتعلق **بالأطفال، والجنسانية، والمسنين، وفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، وذوي الإعاقة، والدعم النفسي الاجتماعي**، وتتعامل مع مواطن الضعف الفردية والفرعية. أما **الحد من مخاطر الكوارث** (بما في ذلك **تغير المناخ**) و**البيئة**، فيعالجان قضايا تتعلق بمواطن الضعف التي تؤثر في السكان المتضررين قاطبة. ويأتي في نهاية هذه المقدمة وصف أكثر تفصيلاً لكل موضوع من هذه المواضيع.

الروابط مع المعايير الإنسانية الأخرى

لكي يتسنى إبقاء دليل "اسفير" في مجلد واحد بحجم معقول، فقد ظل التركيز على القطاعات الأربعة الرئيسية من قطاعات الاستجابة الإنسانية، بينما قامت العديد من القطاعات ذات الصلة التي تشكل جزءاً من أجزاء الاستجابة الإنسانية الفعالة بتطوير معاييرها الخاصة. وتتضمن سلسلة **المعايير المترافقة مع "اسفير"** عدداً من هذه المعايير، وتم نشرها كمجلدات منفصلة، إلا أن تطويرها قد تم بالمستوى نفسه من الدقة وعمليات التشاور التي جرت مع مشروع "اسفير" – وتتضمن الحد الأدنى لمعايير التعليم من الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ (آيني): الجهوزية، الاستجابة، التعافي، والمعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي بعد الأزمات من شبكة النهوض بالمشروعات الصغيرة وتعزيزها (سيب)، والمعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية (LEGS).

ويمكن للتوعية في حالات الطوارئ أن تكون بمثابة إدامة الحياة أو إنقاذ للحياة، ومن خلال توفيرها في أماكن آمنة، فإنها تتيح الشعور بالحياة الطبيعية، والدعم النفسي الاجتماعي، والحماية من الاستغلال والأذى، كما يمكن استخدامها لإبلاغ رسائل عن السلامة، والمهارات الحياتية، والمعلومات الحيوية بشأن الصحة والنظافة. وقد تم في عام ٢٠٠٤ لأول مرة، نشر الحد الأدنى لمعايير التعليم من الآيني: الجهوزية، الاستجابة، التعافي، ثم جرى تحديثها في عام ٢٠١٠، بينما تحولت في عام ٢٠٠٨ لتكون معايير مترافقة مع معايير "اسفير". وهي تقدم إطاراً لضمان وجود روابط حاسمة بين التوعية والصحة، والمياه، والإصحاح والنظافة، والتغذية، والمأوى والحماية، وتعزيز السلامة، والجودة والمساءلة عن التأهب والاستجابة القائمة على التوعية.

أما الثروة الحيوانية وتطوير المشروعات الصغيرة، فتغطيها المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي بعد الأزمات الصادرة عن شبكة (سيب)، والمعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية (LEGS). ومن المتوقع أن تصبح هاتان المجموعتان من المعايير الدنيا ضمن المعايير المترافقة مع معايير "اسفير" في عام ٢٠١١.

واستعمال المعايير المترافقة إلى جانب هذا الدليل، سيؤدي إلى تحسين جودة المساعدة المقدمة إلى الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات. أما بالنسبة إلى التوجيهات ذات الصلة الواردة في كل من: الحد الأدنى لمعايير التعليم من الآيني، والمعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي بعد الأزمات الصادرة عن شبكة (سيب)، والمعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية (LEGS)، فقد قام هذا الدليل بدمجها وأشار إليها في كافة فصوله.

وقد قامت وكالات وتحالفات وشبكات بوضع معايير وقواعد أخرى لتلبية حاجات تشغيلية معينة، مثل ولايات محددة للوكالات أو خبراتها التقنية أو الفجوة التوجيهية المتوقعة. وحيثماً كان ذلك مناسباً، تجري الإشارة إلى تلك المعايير الأخرى في الفصول التقنية في هذا الدليل.

ومشروع "اسفير" هو جزء من مجموعة من **مبادرات الجودة والمساءلة** داخل القطاع، لديها علاقة عمل وثيقة مع مشروع بناء القدرات في حالات الطوارئ، التي قامت بتطوير دليل الجودة الكافية، والشراكة في المساءلة الإنسانية، التي تتعامل مع قضايا الامتثال من خلال المساءلة الإنسانية ومعايير الجودة الإدارية لديها. ومن المبادرات الأخرى التي تتعلق بالجودة والمساءلة التي ينخرط فيها مشروع "اسفير" بانتظام: السكان والمعونة، ومجموعة (الطوارئ، وإعادة التأهيل، والتنمية)، وتنسيق التضامن والتنمية في حالات الطوارئ، وشبكة التعلم النشط من أجل المساءلة والأداء في مجـال العمل الإنساني.

ما وراء هذا الدليل

إن أكثر الأدوات استعمالاً وأهمية بالنسبة إلى مشروع "اسفير" هي هذا الدليل. وهو متاح أيضاً في إصدار إلكتروني على موقع "اسفير" (www.sphereproject.org)، الذي يمكنكم من خلاله الاطلاع على أحدث الأخبار والمستجدات حول الإصدارات المتاحة والموارد الأخرى.

وهذا الدليل موجود بلغات متعددة، ومصحوباً بمواد تدريبية وترويجية مختلفة، غالباً ما يتم تطويعها بما يناسب السياقات المحلية، على أساس تجارب الممارسين، الأمر الذي من شأنه أن يوضح حيوية مجتمع الممارسة لمعايير "اسفير"، وهو ما يمكن اعتباره في بعض الأحيان شبكة غير رسمية، تترابط ببعضها ارتباطاً فضفاضاً، ودائمة التوسع، تضم ممارسين يحافظون على التحلي بروح "اسفير". ويقوم مشروع "اسفير" على ضرورة المساعدة على تحسين الاستجابة الإنسانية، لتلبية حقوق وحاجات السكان المتضررين من الكوارث أو النزاعات، والمساءلة عنها. وقد أحرز هذا المشروع تقدماً كبيراً منذ تم إنشائه، بيد أن الدليل وحده لا يمكنه تحقيق ذلك – ولكنكم أنتم فقط من يمكنه ذلك.



ملامح موجزة عن المواضيع المتشعبة

تركز المواضيع المتشعبة في هذا الدليل على شواغل تتعلق بمجالات معينة من مجالات الاستجابة للكوارث، وتعالج قضايا فردية أو جماعية أو عامة تتعلق بمواطن الضعف. ويرد في هذا الجزء وصف كل موضوع من هذه المواضيع بشيء من التفصيل.

الأطفال: يتحتم في هذا الصدد اتخاذ تدابير خاصة لضمان حماية كافة الأطفال من الأذى، ومنحهم فرص الحصول المنصف على الخدمات الأساسية. وحيث إن الأطفال هم غالباً من يشكلون الجزء الأكبر من السكان المتضررين، فمن الأهمية بمكان عدم الاكتفاء بمجرد أخذ وجهات نظرهم وتجاربهم خلال مرحلة تقدير حالات الطوارئ والتخطيط لها، وإنما يتعين أن يكون لهم تأثير فيما يتعلق بتقديم الخدمات الإنسانية ورصدها وتقييمها. وغالباً ما يكون الأطفال والشباب عرضة للتبعات الضارة الناجمة عن مواطن الضعف في بعض الأوضاع، مثل سوء التغذية، والاستغلال، والاختطاف والتجنيد في الجماعات المسلحة والقوات القتالية، والتعرض للعنف الجنسي، والافتقار إلى فرص المشاركة في صنع القرار. وتنص اتفاقية حقوق الطفل على أن الطفل هو كل إنسان لم يتجاوز عمره الثامنة عشر، وقد يختلف هذا التعريف باختلاف السياقات الثقافية والاجتماعية. ويتوجب إجراء تحليل شامل للسكان المتضررين لمعرفة تعريفها للطفل، وذلك لضمان عدم استبعاد أي طفل أو شاب من المساعدات الإنسانية.

الحد من مخاطر الكوارث: يتم تعريفه باعتباره مفهوماً وممارسة للحد من مخاطر الكوارث من خلال بذل جهود منهجية لتحليل وإدارة العوامل المسببة للكوارث، بما في ذلك الحد من التعرض للأخطار، والتقليل من مواطن ضعف الناس والممتلكات، وإدارة الأرض والبيئة إدارة حكيمة، وتحسين التأهب للأحداث السلبية. وتشمل مثل هذه الأحداث السلبية الكوارث الطبيعية كالعواصف والفيضانات والجفاف وارتفاع منسوب البحار. ومع تصاعد التغير في نمط هذه الظواهر وحدَّتها، يتزايد إرجاعها إلى ما يعرف **بتغير المناخ** عالمياً.

البيئة: وتفهم على أنها العناصر الفيزيائية والكيميائية والبيولوجية والعمليات التي تؤثر على حياة السكان المتضررين من الكوارث والسكان المحليين وسبلهم للعيش. وهي توفر الموارد الطبيعية التي تحافظ على الأفراد، وتسهم في تحسين جودة الحياة. ومن الضروري توفير الحماية والإدارة لها، إذا ما كان يراد الحفاظ على المهام الأساسية. والمعايير الدنيا تعالج ضرورة منع استغلال الظروف البيئة استغلالاً مفرطاً، وتلوثها وتدهورها، بينما تهدف إلى تأمين المهام البيئية الداعمة للحياة، والحد من المخاطر ومواطن الضعف، والسعي إلى استحداث آليات لتعزيز تكيف النظم الطبيعية من أجل الانتعاش الذاتي.

الجنسانية: وهي كلمة تشير إلى حقيقة أن الناس يلاقون أوضاعاً تختلف باختلاف نوع جنسهم، أما **الجنس**، فيشير إلى الخواص البيولوجية لكل من المرأة والرجل. وهو أمر طبيعي، يتحدد بالولادة، وبالتالي، فهو لا يتغير بصفة عامة على الصعيد العالمي.

والمساواة في الحقوق بين المرأة والرجل أمر منصوص عليه بوضوح في وثائق حقوق الإنسان، التي تشكل أساس الميثـاق الإنساني. فالنساء والرجال لديهم الحق نفسه في الحصول على المساعدة الإنسانية والحماية، وأن يلقوا القدر نفسه من احترام كرامتهم الإنسانية، والإقرار بتساوي قدراتهم الإنسانية، بما في ذلك القدرة على الاختيار، وفي الحصول على فرص العمل نفسها بناءً على تلك الخيارات، وعلى القدر نفسه من السلطة اللازمة لتشكيل نتائج أعمالهم. وتكون الاستجابات الإنسانية أكثر فعالية عندما تستند إلى فهم الحاجات المختلفة، ومواطن الضعف، والمصالح، والقدرات واستراتيجيات المواجهة لدى النساء والرجال والفتيات والفتيان من جميع الأعمار، والتبعات المتغيرة الواقعة عليهم جراء الكوارث أو النزاعات. ومن خلال التحليل الجنساني، يتحقق الفهم لهذه الاختلافات، فضلاً عن عدم المساواة فيما يتعلق بأدوار النساء والرجال وأعباء العمل، والوصول إلى الموارد وإدارتها، وسلطة صنع القرار، والفرص المتاحة لتنمية المهارات. وتتطرق الجنسانية إلى مواضيع متشعبة أخرى. وتعني الأهداف الإنسانية المتعلقة بالحفاظ على التناسب وعدم التحيز فيما يتعلق بالأمور الجنسانية، أنه يتحتم إيلاء الاهتمام من أجل تحقيق العدالة بين المرأة والرجل، وضمان المساواة في النتيجة. وتاريخياً، فقد كان الاهتمام بالعدل بين الجنسين مدفوعاً بالحاجة إلى معالجة حاجات النساء والفتيات وظروفهن، حيث إن النساء والفتيات عادة ما يكن أكثر حرماناً من الرجال والفتيان. بيد أنه يتزايد إدراك المجتمع الإنساني لضرورة فهم ما يواجه الرجال والفتيان في حالات الأزمات.

فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز: من المهم معرفة مدى انتشار ذلك في سياق إنساني محدد، وذلك لفهم مواطن الضعف والمخاطر، وللتخطيط من أجل الاستجابة بفعالية. وبالإضافة إلى أشد السكان تعرضاً للمخاطر (مثل الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال، ومتعاطي العقاقير عن طريق الحقن، والمشتغلين بالجنس)، الذين كثيراً ما يحتاجون إلى تلقي تدابير محددة لحماية أنفسهم من الإهمال والتمييز والعنف، فقد تتضمن بعض السياقات فئات مستضعفة أخرى، مثل اللاجئين والمهاجرين، والشباب، والأمهات العازبات. وقد يؤدي النزوح الجماعي إلى زيادة المخاطر ومواطن الضعف فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية، وذلك نتيجة الفصل بين أفراد الأسرة، وانهيار التماسك المجتمعي والأعراف الاجتماعية والجنسية التي تنظم السلوكيات. وقد تقوم الجماعات المسلحة باستغلال النساء والأطفال، الأمر الذي يجعلهم عرضة بشكل خاص للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بسبب العنف والاستغلال الجنسيين. وقد يصبح الناس أثناء حالات الطوارئ الإنسانية غير قادرين على الوصول إلى التدخلات المتعلقة بمكافحة هذا الفيروس مثل برامج الوقاية، وقد يحدث أن يتعطل العلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات الارتجاعية، وعلاج السل (الدرن) والوقاية منه، وكذلك علاج الأمراض الانتهازية الأخرى.

وغالباً ما يعاني المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية من التمييز والوصم بالعار، وبالتالي، فلا بد من التقيد الصارم بالحفاظ على السرية، وإتاحة الحماية لهم عند الضرورة. وينبغي لأنشطة القطاع في هذا الدليل أن توفر تدخلات مناسبة فيما يتعلق بهذا الفيروس، وفقاً لسياقه ومدى انتشاره، وعدم زيادة مخاطر تعرض الناس للإصابة به.



كبار السن: وفقاً لتعريف الأمم المتحدة، فإن المسنين من الرجال والنساء هم الذين تزيد أعمارهم على ٦٠ عاماً، ولكن قد يختلف تعريف "المسن" باختلاف السياقات. فغالباً ما يكون كبار السن من بين أفقر الفئات السكانية في البلدان النامية، بينما يشكلون نسبة أكبر ومتنامية بين أشد الفئات ضعفاً فيما بين السكان المتضررين من الكوارث أو النزاعات (على سبيل المثال، الفئة العمرية لمن تجاوزوا ٨٠ عاماً من العمر، هي أسرع الفئة العمرية نمواً في العالم)، وما زالت إدارة الكوارث أو النزاعات تغض الطرف عنهم في غالب الأحيان. وتعتبر العزلة والضعف الجسماني من العوامل المهمة التي تساهم في تفاقم ضعف المسنين أمام حالات الكوارث أو النزاعات، وذلك إلى جانب تعطل استراتيجيات كسب العيش، وهياكل دعم الأسرة والمجتمع المحلي، والمشاكل الصحية المزمنة ومشاكل التنقل، وتدهور الصحة العقلية. ولا بد من بذل جهود خاصة لتحديد المسنين رهيني المنازل والأسر المعيشية التي يرأسها مسنون، والوصول إليهم. وللمسنين أيضاً ما يقدمونه من مساهمات رئيسية فيما يتعلق بالبقاء على قيد الحياة وإعادة التأهيل. وهم يلعبون دوراً حيوياً في تقديم الرعاية للأطفال، وإدارة الموارد، وتوليد الدخل، ولديهم المعرفة والتجربة بشأن استراتيجيات المواجهة الاجتماعية، والمساعدة على الحفاظ على الهويات الثقافية والاجتماعية.

ذوو الإعاقة: تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك ما بين ٧ و١٠ في المائة من سكان العالم – بما في ذلك أطفال ومسنون – من ذوي الإعاقة. وقد تتسبب الكوارث والنزاعات في زيادة حالات العجز وبالتالي الإعاقة لاحقاً. وتقدم اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، تعريفاً للإعاقة بأنها مفهوم آخذ في التطور، ينتج عن التفاعل بين الأشخاص المصابين بعاهة (التي قد تكون بدنية أو حسية أو فكرية أو نفسية) والحواجز المواقفية والبيئية التي تعوق مشاركتهم في المجتمع مشاركة كاملة وفعالة، على قدم المساواة مع الآخرين. ولذلك، فإن وجود هذه الحواجز يحول دون مشاركة ذوي الإعاقات مشاركة كاملة ومجدية في التيار الرئيسي لبرامج المساعدة الإنسانية أو الاستفادة منه. وتعطي هذه الاتفاقية الجديدة إشارة محددة لسلامة ذوي الإعاقات وحمايتهم في حالات النزاعات والطوارئ (اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المادة رقم ١١).

وفي حالات الكوارث، يواجه ذوو الإعاقات مخاطر غير متكافئة، وغالباً ما يجري استبعادهم من عمليات الإغاثة وإعادة التأهيل. وقد يزيد هذا الاستبعاد من صعوبة الاستفادة من خدمات الدعم العامة في حالات الكوارث والمشاركة فيها بفعالية. والأهم من ذلك أن ذوي الإعاقات يشكلون مجموعة سكانية متباينة، تشمل أطفالاً ومسنين، ممن لا يمكن تلبية حاجاتهم بأسلوب نهج "واحد يناسب الجميع". ولذلك، يتحتم على الاستجابات الإنسانية أن تأخذ بعين الاعتبار القدرات الخاصة والمهارات والموارد والمعرفة لدى الأفراد من مختلف أنواع ودرجات الإعاقة. ومن المهم أيضاً ألا ننسى أن ذوي الإعاقات لديهم الحاجات الأساسية نفسها التي لدي الجميع في مجتمعاتهم. وبالإضافة إلى ذلك، فقد يكون لبعضهم حاجات خاصة أيضاً، مثل استبدال مواد المعونة أو الأدوات والأجهزة، والحصول على خدمات إعادة التأهيل. وعلاوة على ذلك، يجب على أي تدابير تستهدف ذوي

الإعاقات، ألا تؤدي إلى فصلهم عن عائلاتهم وشبكاتهم المجتمعية. وأخيراً، إذا لم تؤخذ حقوق ذوي الإعاقات بعين الاعتبار في الاستجابات الإنسانية، فقد تضيع فرصة كبيرة لإعادة بناء المجتمعات من أجل كافة الناس. وبالتالي، فمن الأمور الأساسية أن يتم إدراج ذوي الإعاقات في كافة جوانب الإغاثة والانتعاش. الأمر الذي يتطلب تنسيق الاستجابة وتوجيهها.

الدعم النفسي الاجتماعي: تنجم بعض أكبر مصادر مواطن الضعف والمعاناة في حالات الكوارث من آثارها المعقدة عاطفياً واجتماعياً وجسدياً وروحياً. ويكون العديد من ردود الفعل هذه أمراً طبيعياً، ويمكن التغلب عليها بمرور الوقت. ومن الأمور الأساسية القيام محلياً بتنظيم الدعم الملائم في مجـال الصحة العقلية والمجـال النفسي الاجتماعي، بما يعزز القدرة فيما يتعلق بمساعدة الذات، والمواجهة، والتعافي فيما بين السكان المتضررين. ويتعزز العمل الإنساني إذا ما تمت المسارعة بإشراك المتضررين، في أقرب وقت مناسب، في أعمال التوجيه والتنفيذ فيما يتعلق بالاستجابة للكوارث. وفي كل قطاع من القطاعات الإنسانية، تكون لطريقة إدارة المعونة تأثير نفسي اجتماعي قد يعمل إما على دعم السكان المتضررين أو إلحاق الأذى بهم. ولذلك، فإنه يتعين تسليم المعونة بطريقة رحيمة، تعزز الكرامة، وتمكن من الكفاءة الذاتية من خلال المشاركة المجدية، وتحترم أهمية الممارسات الدينية والثقافية، وتعزز من قدرة أفراد المجتمع على دعم الرفاه بشكل كلي.

المراجع

اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل: www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: /www.un.org/disabilities

منظمة الصحة العالمية بشأن الإعاقات: /www.who.int/disabilities/en

الميثاق الإنساني



يوفر الميثـاق الإنساني الخلفية الأخلاقية والقانونية لمبادئ الحماية، وللمعايير الدنيا والمعايير الأساسية الواردة في هذا الدليل. وهو من ناحية بمثابة بيان لحقوق والتزامات قانونية موجودة، ومن ناحية أخرى فهو بيان إيمان مشترك.

فمن حيث الحقوق والالتزامات القانونية، فإنه يلخص أكثر المبادئ القانونية الأساسية صلة برعاية متضرري الكوارث أو النزاعات. أما من حيث الإيمان المشترك، فإنه يحاول تجسيد توافق الآراء فيما بين الوكالات الإنسانية حول المبادئ التي ينبغي أن تحكم الاستجابة للكوارث أو النزاعات، ويتضمن ذلك أدوار مختلف الجهات المعنية ومسؤولياتها.

وهو يشكل أساساً لالتزام الوكالات الإنسانية التي تؤيد مشروع "اسفير"، ودعوة إلى كافة المنخرطين في مجـال العمل الإنساني لتبني المبادئ نفسها.

الميثـاق الإنساني

إيماننا

١- يعبر الميثـاق الإنساني عن قناعتنا المشتركة كوكالات إنسانية بأن جميع متضرري الكوارث أو النزاعات لديهم حق تلقي الحماية والمساعدة لضمان الشروط الأساسية من أجل الحياة بكرامة، ونحن نؤمن بأن المبادئ الواردة في هذا الميثـاق الإنساني هي مبادئ عالمية، تنطبق على كافة متضرري الكوارث أو النزاعات أينما كانوا، وكذلك على جميع أولئك الذين يسعون إلى مساعدتهم أو توفير الأمن من أجلهم. وتتجسد هذه المبادئ في القانون الدولي، بيد أنها تستمد قوتها في نهاية المطاف من المبدأ الأخلاقيِ الأساسي **للإنسانية** الذي مفاده: أن كافة الناس يولدون أحراراً، ومتساوين في الكرامة والحقوق. وانطلاقاً من هذا المبدأ، فإننا نؤكد على أولوية **الواجب الإنساني:** الذي يقضي باتخاذ التدابير اللازمة لتفادي المعاناة الإنسانية الناجمة عن الكوارث أو النزاعات، أو التخفيف من حدتها، وأنه لا ينبغي تجاوز هذا المبدأ بأي حال من الأحوال.

وكوكالات إنسانية محلية ووطنية ودولية، فإننا نلتزم بتعزيز مبادئ هذا الميثـاق والالتزام بها، كما نلتزم بتلبية المعايير الدنيا في جهودنا الرامية إلى مساعدة أولئك المتضررين وحمايتهم. ونحن ندعو جميع المنخرطين في الأنشطة الإنسانية، بما في ذلك الجهات الفاعلة من القطاعين الحكومي والخاص، إلى الموافقة على المبادئ والحقوق والواجبات المشتركة المبينة أدناه، باعتبارها بيان معتقدات إنسانية مشتركة.

دورنا

٢- نعترف بأن الحاجات الأساسية لمتضرري الكوارث أو النزاعات إنما تُلبى بفضل جهودهم الخاصة في المقام الأول، ومن خلال الدعم الذي تقدمه المؤسسات المجتمعية والمحلية. كما نعترف بأولوية دور الدولة المتضررة ومسؤوليتها فيما يتعلق بتوفير المساعدة للمتضررين في الوقت المناسب، وبضمان حماية الناس وأمنهم، وبتوفير الدعم من أجل انتعاشهم. ونحن نؤمن بأن السبيل الحاسم نحو الوقاية والاستجابة بشكل فعال يتمثل في مزيج من العمل الرسمي والطوعي، وفي هذا الصدد، فإن الجمعيات الوطنية لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وغيرها من جهات المجتمع المدني الفاعلة، لديها دور أساسي يدعم السلطات العامة. وحيثما تكون القدرات الوطنية غير كافية، فإننا نؤكد على دور المجتمع

الدولي الأوسع نطاقاً في مساعدة الدول على الوفاء بمسؤولياتها، بما في ذلك الجهات المانحة الحكومية والمنظمات الإقليمية. ونحن نعترف بالأدوار الخاصة التي تضطلع بها الوكالات المكلفة لدى الأمم المتحدة واللجنة الدولية للصليب الأحمر، وندعم هذه الأدوار.



٣- نحدد دورنا كوكالات إنسانية، فيما يتعلق بحاجات الفئات السكانية المتضررة وقدراتها، ومسؤوليات حكوماتها أو القوى المسيطرة عليها. ويعكس دورنا في تقديم المساعدة الإنسانية حقيقة مفادها أن الجهات التي تقع عليها مسؤولية المساعدة في المقام الأول ليست قادرة دائماً على الاضطلاع بهذا الدور بنفسها بشكل كامل، أو قد لا تكون مستعدة للقيام به. وسنقوم قدر الإمكان بدعم الجهود التي تبذلها السلطات ذات الصلة من أجل حماية المتضررين ومساعدتهم، بما يتسق مع تلبية الواجب الإنساني وغيره من المبادئ المنصوص عليها في هذا الميثـاق، وندعو كافة الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية إلى احترام دور الوكالات الإنسانية الذي يتسم بالاستقلالية، وعدم التحيز أو التحزب، كما ندعوها إلى تسهيل عملها، وذلك من خلال إزالة الحواجز القانونية والعملية غير الضرورية، وكفالة سلامتها، والسماح لها بالوصول إلى الفئات السكانية المتضررة بشكل متسق وفي الوقت المناسب.

المبادئ والحقوق والواجبات المشتركة

٤- نقدم خدماتنا بوصفنا وكالات إنسانية تعترف بحقوق كافة المتضررين من الكوارث أو النزاعات – النساء والرجال والفتيان والفتيات – مستلهمين في ذلك مبادئ الإنسانية والواجب الإنساني. ويشمل ذلك الحق في الحماية والمساعدة الذي تجسده نصوص القانون الدولي الإنساني، وقانون اللاجئين وحقوق الإنسان. ولأغراض هذا الميثـاق، فإننا نقدم فيما يلي موجزاً لهذه الحقوق:

- ***الحق في الحياة بكرامة***
- ***الحق في الحصول على المساعدات الإنسانية***
- ***الحق في الحماية والأمن.***

وعلى الرغم من عدم ورود نصوص بهذا الشأن في القانون الدولي، بيد أنها تنطوي على مجموعة من الحقوق القانونية المقررة، وتعطي مضموناً أكثر شمولاً للواجب الإنساني.

٥- **الحق في الحياة بكرامة** الذي تجسده أحكام القانون الدولي، وتحديداً التدابير المعنية بحقوق الإنسان فيما يتعلق بالحق في الحياة، وفقاً لمستوى معيشي لائق، وعدم التعرض لضروب التعذيب، أو أشكال المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وينطوي الحق في الحياة على واجب المحافظة على الحياة أينما تتعرض للتهديد. ويتضمن ذلك واجب عدم حجب تقديم المساعدة المنقذة للحياة أو تثبيطها. أما الكرامة، فتنطوي على أكثر من مجرد الرفاه البدني، فهي تتطلب الاحترام الكامل للشخص، بما في ذلك قيم ومعتقدات الأفراد والمجتمعات المحلية المتضررة، واحترام حقوقهم الإنسانية، بما في ذلك الحرية، وحرية الوجدان، والحرية الدينية.

٦- يعد **الحق في الحصول على المساعدات الإنسانية** عنصراً ضرورياً من عناصر الحق في الحياة بكرامة. وهو ينطوي على تحقيق مستوى معيشي لائق، يتضمن ما يكفي من الغذاء والمياه والملبس والإيواء، والمتطلبات اللازمة للحياة بصحة جيدة، وهو حق يضمنه القانون الدولي صراحة. وتتجسد هذه الحقوق

في المعايير الدنيا والمعايير الأساسية لمشروع "اسفير"، التي تعطيها واقعاً عملياً، وتحديداً فيما يتعلق بتقديم المساعدة إلى متضرري الكوارث أو النزاعات. ونحن نؤمن بأنه أينما وجدت مجـالات لا تقدم فيها الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية مثل هذه المساعدة بنفسها، فإنه يتوجب على هذه الجهات حينئذ السماح للغير بالمساعدة على القيام بذلك. ويتوجب تقديم أي مساعدة من هذا القبيل وفقاً لمبدأ **عدم التحيز**، الذي يتطلب أن يتم تقديمها على أساس الحاجة فقط، وبما يتناسب مع هذه الحاجة. وهذا يعكس مبدأ **عدم التمييز** الأوسع نطاقاً الذي مفاده: أنه لا ينبغي التمييز ضد أي شخص بسبب وضعه، من حيث العمر، أو نوع الجنس، أو الأصل، أو اللون، أو العرق، أو التوجه الجنسي، أو اللغة، أو المعتقد الديني، أو الإعاقة، أو الحالة الصحية، أو الرأي سواءً كان سياسياً أو غيره، أو الأصل القومي أو الاجتماعي.

٧- يتأصل **الحق في الحماية والأمن** في أحكام القانون الدولي، وقرارات الأمم المتحدة، والمنظمات الحكومية الدولية الأخرى، وكذلك في المسؤولية السيادية للدول التي تكفل من خلالها حماية جميع الخاضعين لولايتها. وتحظى سلامة الناس وأمنهم في حالات الكوارث أو النزاعات باهتمام إنساني خاص، ويتضمن ذلك توفير الحماية للاجئين والنازحين داخل بلدهم. وحسب إقرار القانون، فقد يتعرض بعض الناس بشكل خاص للإساءة والتمييز الضار بسبب وضعهم، من حيث العمر أو نوع الجنس أو العرق، وربما يستلزم الأمر اتخاذ تدابير خاصة من أجل توفير الحماية لهم ومساعدتهم. ونحن نعتقد أنه في حالة افتقار الدولة إلى القدرة اللازمة لحماية الناس في مثل هذه الظروف، فإنه يتوجب عليها التماس المساعدة الدولية من أجل القيام بذلك.

وجدير بالذكر أن القانون المتعلق بحماية المدنيين والنازحين يتطلب إيلاء اهتمام خاص بالنقاط الواردة أدناه:

(١) خلال **النزاعات المسلحة**، وفقاً لتعريف القانون الدولي الإنساني، يوجد نص قانوني محدد يمنح الحماية والمساعدة لغير المشاركين في النزاع. ولا سيما ما تفرضه اتفاقيات جنيف عام ١٩٤٩، وبروتوكولاها الإضافيان لعام ١٩٧٧، من التزامات على أطراف النزاعات المسلحة سواءً كانت دولية أو غير دولية. ونحن نشدد على الحصانة العامة للسكان المدنيين ضد الهجمات والعمليات الانتقامية، كما نشدد على وجه الخصوص على أهمية مبدأ **التمييز** بين المدنيين والمقاتلين، وبين الأهداف المدنية والأهداف العسكرية؛ وعلى مبدأ **التناسب** في استخدام القوة، **والتحوط** في الهجوم؛ وعلى واجب الامتناع عن استخدام الأسلحة العشوائية، أو التي تسبب بحكم طبيعتها إصابات زائدة أو معاناة لا داعي لها؛ وكذلك على واجب السماح بتقديم الإغاثة بدون تحيز. فكثير من المعاناة، التي يمكن تجنبها، التي تسببها النزاعات المسلحة للمدنيين، نابع من عدم احترام هذه المبادئ الأساسية.

(٢) لا يزال الحق في **التماس اللجوء أو الملاذ** أمراً حيوياً من أجل حماية أولئك الذين يواجهون اضطهاداً أو عنفاً. فكثيراً ما يجبر أولئك المتضررين من الكوارث أو النزاعات على اللوذ فراراً من ديارهم بحثاً عن الأمن والحاجات المعيشية الضرورية. وتوفر أحكام اتفاقية عام ١٩٥١ الخاصة بوضع اللاجئين (وتعديلاتها) وغيرها من المعاهدات الدولية والإقليمية، ضمانات أساسية لغير القادرين على الاستظلال بحماية بلد جنسيتهم أو إقامتهم، ويضطرون إلى التماس الأمان في بلد آخر. وعلى رأس هذه المبادئ، مبدأ **عدم الإعادة القسرية** الذي مفاده: أنه لا يتعين إعادة أحد إلى بلد تتعرض فيه حياته أو حريته أو أمنه البدني إلى التهديد، أو إلى حيث يحتمل أن يتعرض

لضروب التعذيب أو غيره من أشكال المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وينطبق المبدأ نفسه بالتبعية على النازحين داخل بلدهم، وذلك على النحو الوارد في القانون الدولي لحقوق الإنسان، وكما نصت عليه المبادئ التوجيهية التي وضعت عام ١٩٩٨ بشأن النزوح الداخلي، وما يتصل بذلك من قوانين إقليمية ووطنية.

التزامنا



٨- نحن نقدم خدماتنا من منطلق إيماننا بأن الفئات السكانية المتضررة تقع في صلب العمل الإنساني، ونقر بأن مشاركتها مشاركة نشطة هي أمر أساسي لتقديمِ المساعدة بطرق تلبي حاجاتهم على أفضل وجه، ويتضمن ذلك المستضعفين والمستبعدين اجتماعياً. ونسعى إلى دعم الجهود المحلية لتفادي الكوارث والتأهب لها والاستجابة لها، وكذلك بالنسبة لآثار النزاعات، وتعزيز قدرات الجهات الفاعلة المحلية على كافة المستويات.

٩- نحن ندرك أن المحاولات الرامية إلى توفير المساعدة الإنسانية قد تُحدث في بعض الأحيان آثاراً سلبية غير مقصودة. ولذلك، فإننا نهدف من خلال التعاون مع المجتمعات المحلية المتضررة ومع السلطات، إلى التقليل قدر الإمكان مما قد يطال المجتمع المحلي أو البيئة من أي آثار سلبية للعمل الإنساني. أما فيما يتعلق بالنزاع المسلح، فإننا ندرك أن الطريقة التي يتم بها تقديم المساعدة الإنسانية قد تجعل من زيادة تعرض المدنيين للهجوم أمراً محتملاً، أو قد تتسبب أحياناً بشكل غير مقصود في إعطاء ميزة إلى طرف أو أكثر من أطراف النزاع. وعلى ذلك، فنحن ملتزمون بالتقليل إلى أدنى حد ممكن من مثل هذه الآثار الضارة، بما يتفق مع المبادئ المذكورة آنفاً.

١٠- نحن نعمل وفقاً لمبادئ العمل الإنساني المنصوص عليها في هذا الميثـاق، وفي ضوء توجيهات حددتها مدونة قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث (عام ١٩٩٤).

١١- تعطي المعايير الدنيا والمعايير الأساسية لمشروع "اسفير" مضموناً عملياً للمبادئ المشتركة في هذا الميثـاق، استناداً إلى فهم الوكالات لمتطلبات الحد الأدنى الأساسي اللازم للحياة الكريمة، وإلى تجاربها في تقديم المساعدة في المجـال الإنساني. وعلى الرغم من اعتماد تحقيق هذه المعايير على مجموعة من العوامل، قد يقع أكثرها خارج دائرة سيطرتنا، إلا أننا ملتزمون دائماً بمحاولة تحقيقها، وعلى استعداد لقبول المساءلة عن ذلك. كما ندعو كافة الأطراف، بما في ذلك الحكومات المتضررة والحكومات المانحة، وكذلك المنظمات الدولية والجهات الفاعلة من القطاع الخاص، والجهات الفاعلة غير الحكومية، إلى اعتماد تلك المعايير الدنيا والمعايير الأساسية لمشروع "اسفير" كمعايير مقبولة.

١٢- نلتزم ببذل كل جهد ممكن لضمان حصول متضرري الكوارث أو النزاعات على ما لا يقل عن الحد الأدنى من المتطلبات اللازمة للحياة بكرامة وأمن، وذلك انطلاقاً من الالتزام بالمعايير الدنيا والمعايير الأساسية، ويتضمن ذلك ما يكفي من المياه والإصحاح والأغذية والتغذية والمأوى والرعاية الصحية. وتحقيقاً لهذه الغاية، فإننا سنواصل دعوة الدول والأطراف المعنية الأخرى إلى الوفاء بالتزاماتها الأخلاقية والقانونية تجاه الفئات السكانية المتضررة. ومن جانبنا، فإننا نعمل على جعل استجاباتنا أكثر فعالية وملاءمة وقابلية للمساءلة، من خلال إجراء تقدير ورصد سليمين لتطورات السياق المحلي، ومن خلال تحقيق الشفافية في المعلومات وفي صنع القرار، وكذلك من خلال التنسيق والتعاون بشكل أكثر فعالية

على كافة المستويات مع الجهات الأخرى ذات الصلة، وذلك على النحو الوارد تفصيله في المعايير الدنيا والمعايير الأساسية. ونلتزم على وجه الخصوص بالعمل في شراكة مع الفئات السكانية المتضررة، والتركيز على مشاركتها في أعمال الاستجابة مشاركة نشطة. ونسلم بحتمية مسؤوليتنا بشكل أساسي تجاه أولئك الذين نساعدهم.

مبادئ
الحماية



كيفية استعمال هذا الفصل

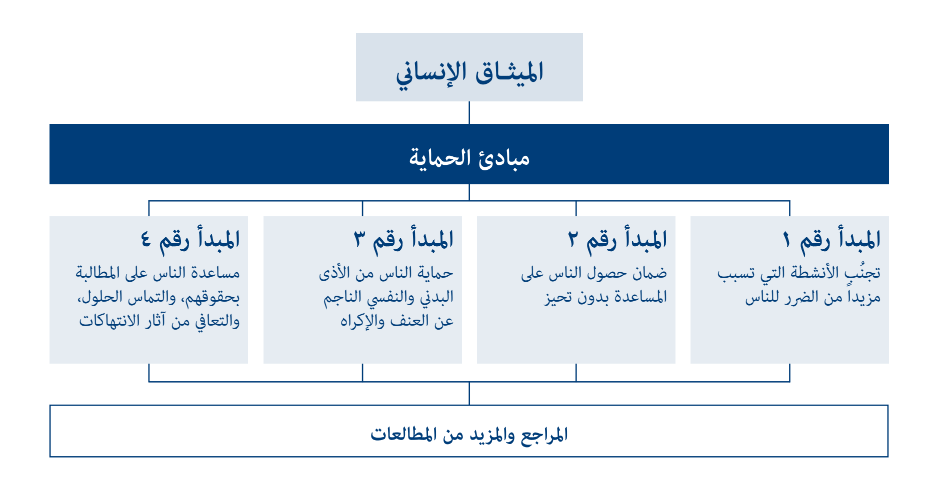
يتألف العمل الإنساني من ركيزتين أساسيتين هما: الحماية والمساعدة. وتقع معظم أجزاء هذا الدليل، ولا سيما الفصول التقنية منه، ضمن اختصاص تقديم المساعدة، بينما يركز هذا الفصل على الحماية. ويستند هذا الفصل إلى الميثـاق الإنساني، فهو يضطلع بالتساؤل حول الكيفية التي يمكن بها للوكالات الإنسانية أن تسهم في حماية أولئك الذين يواجهون التهديد باستخدام العنف أو الإكراه. وبصورة أكثر شمولاً، فإنه يعني بدور الوكالات في ضمان احترام الحقوق المنصوص عليها في الميثـاق وإعمالها، بما في ذلك الحصول على المساعدة.

وينقسم هذا الفصل إلى قسمين، وذلك على النحو التالي:

- **مقدمة**، تحدد المسؤوليات العامة لكافة المشاركين في الاستجابة الإنسانية من أجل المساعدة على حماية السكان المتضررين، وضمان احترام حقوقهم.
- أربعة **مبادئ للحماية**، تقوم عليها كافة أشكال العمل الإنساني، وتشمل عناصر الحماية الأساسية، وذلك في سياق الاستجابة الإنسانية. وهي مصحوبة بملاحظات إرشادية، تبلور دور الوكالات الإنسانية في مجـال الحماية. ويوجد جزء للمراجع يتضمن معايير ومواد أخرى تتعلق بمجـالات حماية أكثر تخصصاً.

قائمة المحتويات




الميثـاق الإنساني
مبادئ الحماية
المبدأ رقم ١
تجنُبٍ الأنشطة التي تسبب مزيداً من الضرر للناس
المبدأ رقم ٢
ضمان حصول الناس على المساعدة بدون تحيز
المبدأ رقم ٣
حماية الناس من الأذى البدني والنفسي الناجم عن العنف والإكراه
المبدأ رقم ٤
مساعدة الناس على المطالبة بحقوقهم، والتماس الحلول، والتعافي من آثار الانتهاكات
المراجع والمزيد من المطالعات

المقدمة

الحماية والاستجابة الإنسانية



تعنى الحماية بسلامة المتضررين من الكوارث أو النزاعات المسلحة، وكرامتهم وحقوقهم. ويلخص الميثـاق الإنساني بعضاً من أهم الحقوق الأساسية التي تنطوي عليها الاستجابة الإنسانية. وهذا الفصل معني بكيفية توجيه الممارسة الإنسانية في ضوء هذه الحقوق من منظور الحماية. وعلى وجه التحديد، الطريقة التي يمكن بها للوكالات أن تتفادى تعريض السكان المتضررين إلى مزيد من الأذى، والكيفية التي يمكنها بها مساعدة الناس على تحقيق قدر أكبر من السلامة والأمن.

تنشغل الحماية الإنسانية الأساسية في هذا السياق بالتحرر من مختلف أنواع العنف والإكراه، والتحرر كذلك من الحرمان المتعمد من وسائل البقاء على قيد الحياة بكرامة.

وهذه الشواغل تؤدي إلى **أربعة مبادئ أساسية للحماية** تسترشد بها كافة أشكال العمل الإنساني:

١- تجنُب الأنشطة التي تسبب مزيداً من الضرر للناس
٢- ضمان حصول الناس على المساعدة بدون تحيز – بما يتناسب مع الحاجات وبدون تمييز
٣- حماية الناس من الأذى البدني والنفسي الناجم العنف والإكراه
٤- مساعدة الناس على المطالبة بحقوقهم، والتماس الحلول، والتعافي من آثار الانتهاكات.

وعادة ما يواجه الناس في أوقات النزاعات أو الكوارث تهديدات خطيرة كثيرة، وهذه المبادئ الأربعة تجسد تلك التهديدات في إطار الاستجابة الإنسانية. وتتولى الملاحظات الإرشادية معالجة مسؤوليات الوكالات وخياراتها المتاحة المتعلقة بهذا الصدد، وكذلك الحاجات المحددة في مجـال الحماية.

وتنبع مبادئ الحماية الأربعة من موجز الحقوق المنصوص عليها في الميثـاق الإنساني: الحق في الحياة بكرامة، والحق في الحصول على المساعدة الإنسانية، والحق في الحصول على الحماية والأمن.

فهم مبادئ الحماية

فيما يلي دليل قصير لتفسير مبادئ الحماية:

المبدأ رقم ١ (تفادي التسبب في الأذى) الذي يعالج الشواغل المعنية بالحماية، التي قد تنجم أو تتفاقم بسبب الاستجابة الإنسانية. وعلى النحو المنصوص عليه في الميثـاق، فإنه يتحتم على أولئك المشاركين في الاستجابة الإنسانية بذل كل ما في وسعهم لتفادي تعريض السكان المتضررين من الكوارث أو النزاعات المسلحة إلى مزيد من الأذى، على سبيل المثال، من خلال بناء مستوطنات للنازحين في مناطق غير آمنة.

المبدأ رقم ٢ (ضمان الحصول على المساعدات بدون تحيز) وهو يحدد المسؤولية عن ضمان إتاحة المساعدة الإنسانية لجميع المحتاجين إليها، ولا سيما أشدهم ضعفاً أو أولئك الذين يعانون من الاستبعاد على خلفية أسباب سياسية أو غيرها. فالحرمان من الحصول على المساعدة اللازمة يشكل أحد الشواغل الرئيسية لمبدأ الحماية. وقد يشمل ذلك (على سبيل المثال لا الحصر) حرمان الوكالات الإنسانية من الوصول الآمن من أجل تقديم المساعدة.

أما المبدأ رقم ٣ (حماية الناس من العنف) فينشغل بحماية الناس من التعرض لحوادث العنف، وحمايتهم من العمل على غير إرادتهم كرهاً أو قسراً، على سبيل المثال، حمل السلاح، أو الإبعاد قسراً من مكان ما، أو المنع من التنقل، أو التعرض إلى المعاملة أو العقوبة المهينة. وهو معني بمنع أو تخفيف الأذى البدني والنفسي، بما في ذلك نشر الخوف، وتعمد خلق الرعب أو الذعر.

ويشير المبدأ رقم ٤ (المساعدة على المطالبة بالحقوق، والتماس الحلول، والتعافي من آثار الانتهاكات) إلى دور الوكالات الإنسانية في مساعدة السكان المتضررين على المطالبة بمستحقاتهم، والتماس الحلول مثل التظلم القانوني أو التعويضات أو استعادة الممتلكات. كما أنه يعني بمساعدة الناس على التغلب على آثار الإيذاءات، وبشكل أوسع، مساعدتهم على التعافي من آثار الانتهاكات – جسدياً ونفسياً واجتماعياً واقتصادياً.

وإلى جانب الملاحظات الإرشادية، فإن مبادئ الحماية الأربعة تصف ما يمكن وما ينبغي للوكالات الإنسانية القيام به للمساعدة على حماية السكان المتضررين من الكوارث. بيد أنه من الأمور الأساسية أن نلاحظ أن أدوار الوكالات ومسؤولياتها ضمن هذا السياق تكون ثانوية بشكل عام. وعلى النحو المنصوص عليه في الميثـاق، فإنه يتحتم النظر إلى مثل هذه الأدوار فيما يتعلق بالواجب الأساسي للدولة أو السلطات المختصة الأخرى ذات الصلة، على سبيل المثال، أطراف النزاع التي تسيطر على مناطق أو تحتلها. وتكون مثل هذه السلطات هي المسؤولة رسمياً وقانونياً عن رفاه الناس داخل أراضيها أو نطاق سيطرتها، وبشكل أعم، فهي المسؤولة عن سلامة المدنيين في النزاعات المسلحة.

وفي نهاية المطاف، فإن تلك السلطات هي التي لديها الوسائل لضمان أمن السكان المتضررين خلال العمل أو المواجهة. وقد يكون الدور الرئيسي للوكالات هو تشجيع السلطات وإقناعها من أجل القيام بذلك، ومساعدة الناس على التعامل مع تبعات ذلك عند فشل السلطات في تحمل مسؤولياتها.

وضع مبادئ الحماية موضع التنفيذ

لكي يتسنى تلبية المعايير الواردة في هذا الدليل، فإنه ينبغي **لكافة** الوكالات الإنسانية أن تسترشد بمبادئ الحماية، حتى وإن لم يكن لديها ولاية حماية أو قدرة متخصصة في مجـال الحماية. فالمبادئ ليست "مطلقة": ومن المسلم به أن الظروف قد تحد من مدى قدرة الوكالات على الوفاء بتلك المبادئ. وعلى وجه الخصوص، فقد تقع جوانب من المبدأ رقم ٣ خارج نطاق قدرة الوكالة. ومع ذلك، فإن هذه المبادئ تجسد الشواغل الإنسانية العالمية التي ينبغي للعمل أن يسترشد بها في جميع الأوقات.

وهناك عدد من الوكالات الإنسانية لديها ولايات حماية أو أدوار محددة معنية بالفئات المستضعفة. وتضطلع عدة وكالات من بينها بأنشطة حماية، كبرامج أو مشاريع قائمة بذاتها، أو ضمها في إطار

الاستجابات داخل "تكتل الحماية" أو "مجـال الحماية"، بموارد مخصصة، وموظفين متخصصين. ويضم التكتل العالمي للحماية عام ٢٠١١ هياكل تنسيقية مع نقاط اتصال مرجعية من أجل شواغل تندرج تحت المجـالات التالية:

- حماية الطفل
- العنف القائم على نوع الجنس
- الإسكان والأراضي والممتلكات
- التدابير المتعلقة بالألغام
- العدالة وسيادة القانون.



وتوضح هذه القائمة بعض مجـالات الحماية المحددة، وهي ليست قائمة شاملة، وينبغي الاعتراف بأن هناك العديد من الشواغل الأخرى المحددة في مجـال الحماية.

وكجزء من مبادرات أخرى خلافاً لمشروع "اسفير"، فقد تم تطوير معايير وإرشادات محددة لعدد من مواضيع الحماية هذه وغيرها، مثل حماية المدنيين والنازحين داخلياً، أو الحماية في حالات الكوارث الطبيعية. ويأتي سرد لهذه المبادرات في الجزء الخاص بالمراجع والمزيد من المطالعات الوارد في نهاية هذا الفصل. وقد تم تصميم هذا الفصل لاستكمال هذه المعايير.

أشكال مختلفة من أنشطة الحماية

تنطبق مبادئ الحماية الأربعة على أنشطة الحماية المتخصصة بنفس القدر الذي تنطبق به على العمل الإنساني العام، وذلك على الرغم من أن الأنشطة قد تختلف. ويمكن تصنيف الأنشطة المتصلة بالحماية من جميع الوكالات الإنسانية على نطاق واسع وفقاً للأشكال الثلاثة التالية من أشكال النشاط المترابط، ويمكن الاضطلاع بها في وقت واحد:

- ***الأنشطة الوقائية:*** تفادي **حدوث التهديدات الجسدية أو الانتهاكات الحقوقية** والحد من التعرض لها والاستضعاف إزاء مثل هذه التهديدات والانتهاكات. كما تشمل تلك الأنشطة الجهود الرامية إلى تهيئة بيئة مواتية لاحترام حقوق النساء والرجال والفتيات والفتيان من جميع الأعمار وفقاً للقانون الدولي.
- ***أنشطة الاستجابة:*** هي **وقف الانتهاكات المستمرة** من خلال الاستجابة لحوادث العنف وغيرها من الانتهاكات الحقوقية.
- ***الأنشطة التصحيحية:*** وتتضمن **توفير الحلول** للانتهاكات الجارية أو الماضية، من خلال الإصلاح وإعادة التأهيل، عن طريق تقديم الرعاية الصحية، أو الدعم النفسي الاجتماعي، أو المساعدة القانونية، أو غير ذلك من الخدمات وأشكال الدعم، ومساعدة المتضررين على التماس الإنصاف والمطالبة بحقوقهم.

وتعد المناصرة، سواءً كانت عامة أو خاصة، عنصراً مشتركاً يربط بين هذه الأشكال الثلاثة للأنشطة. فالتهديدات التي يتعرض لها السكان المتضررين تنجم عن أفعال أو قرارات أو سياسات متعمدة، ويدور

العديد من الاستجابات المتصلة بالحماية حول محاولة تغيير مثل هذه التصرفات والسياسات. كما أن المناصرة التي تقوم بها الوكالات الإنسانية وغيرها، مثل منظمات حقوق الإنسان، هي أمر محوري في محاولة التأثير من أجل مثل هذا التغيير. وربما تكون هناك ضغوط على الوكالات الإنسانية تتراوح بين "المجاهرة" بشأن الانتهاكات وضرورة الحفاظ على تواجد تشغيلي، وقد تملي تلك الضغوط ما إذا كان يتعين القيام بأعمال مناصرة بشأن قضية معينة وكيفية القيام بذلك.

وحيثما يجري الاضطلاع بأعمال مناصرة، فإن نجاحها يعتمد عموماً على الحصول على أدلة موثوق بها، وتحليل دقيق للسياق ولأصحاب المصلحة. وهكذا فإنها تكون مرتبطة بمعيار التقدير في إطار المعايير الأساسية (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧). وعلى النحو المبين بوضوح في الملاحظات الإرشادية، فإن أي استخدام للأدلة مثل إفادات الشهود التي تؤدي إلى الكشف عن هوية مصدر المعلومات قد يكون أمراً بالغ الحساسية لأنه قد يعرض الناس للخطر، وينبغي التعامل معها بأكبر قدر من الحيطة (انظر مبدأ الحماية رقم ١، الملاحظة الإرشادية رقم ٨).

مبادئ الحماية

مبدأ الحماية رقم ١ : تجنُب الأنشطة التي تسبب مزيداً من الضرر للناس

ينبغي للمشاركين في الاستجابة الإنسانية اتخاذ التدابير اللازمة لتفادي أو تقليل أي آثار سلبية نتيجة تدخلاتهم، ولا سيما مخاطر زيادة تعريض الناس للخطر أو لانتهاك حقوقهم.



ويتضمن هذا المبدأ العناصر التالية:

- يتعين ألا يتسبب شكل المساعدة الإنسانية المقدمة أو البيئة التي يتم من خلالها توفير هذه المساعدة، في تعريض الناس للمزيد من الأخطار المادية، أو العنف أو غير ذلك من انتهاكات للحقوق.
- يتعين ألا تؤدي الجهود المبذولة في مجال تقديم المساعدة والحماية إلى تقويض قدرة السكان المتضررين على حماية أنفسهم.
- أن تقوم الوكالات الإنسانية بإدارة المعلومات الحساسة بطريقة لا تعرض أمن مقدمي المعلومات أو أولئك الذين تؤدي تلك المعلومات إلى الكشف عن هوياتهم للخطر.

ملاحظات إرشادية

تقدير السياق، وتوقع تبعات ذلك على العمل الإنساني من أجل سلامة ورفاه السكان المتضررين من الكوارث

١- *تجنب التواطؤ* في انتهاكات الحقوق. فقد تكون هناك آراء وخيارات صعبة، على سبيل المثال، عند مواجهة قرار متعلق بتقديم مساعدة إلى أشخاص محتجزين في مخيمات على غيرٍ إرادتهم. ويتحتم اتخاذ مثل هذه القرارات على أساس كل حالة على حدة، بيد أنه ينبغي دائماً استعراضها بمرور الوقت كلما تغيرت الظروف.

٢- *القوائم المرجعية:* عند القيام بتحليل الأنشطة، يتعين التفكر بشكل دوري في القائمة غير الحصرية التالية من الأسئلة، التي يمكن أن تكون بمثابة قائمة مرجعية، من حيث كل من الاستجابة الإنسانية الشاملة والقيام بتدابير محددة:

- ما هو العائد على السكان المتضررين من أنشطتنا؟
- ما الذي يمكن أن تكون عليه العواقب السلبية غير المقصودة لأنشطتنا على أمن الناس، وكيف يمكننا تفادي هذه الآثار أو الحد منها إلى أدنى قدر؟

- هل تأخذ الأنشطة في اعتبارها الحماية الممكنة من التهديدات التي تواجه السكان المتضررين؟ هل يمكن أن تؤدي إلى تقويض جهود الناس الذاتية لحماية أنفسهم؟
- هل تميز الأنشطة ضد أي فئة أو هل يمكن أن ينظر إليها على أنها تقوم بهذا التمييز؟ هل تقوم تلك الأنشطة بحماية حقوق الأشخاص الذين لديهم تاريخاً من التهميش أو التمييز ضدهم؟
- فيما يتعلق بحماية حقوق هذه الفئات وتعزيزها، ماذا سيكون تأثير ذلك على العلاقات داخل المجتمعات المحلية وفيما يتجاوزها؟
- هل يمكن للأنشطة أن تؤدي إلى تفاقم الانقسامات القائمة في المجتمعات المحلية أو بين المجتمعات المحلية المجاورة؟
- هل يمكن للأنشطة أن تؤدي عن غير قصد إلى تمكين أو تعزيز موقف الجماعات المسلحة أو غيرها من الجهات الفاعلة؟
- هل يمكن للأنشطة أن تتعرض للاستغلال جنائياً؟

٣- *تشاور مع شرائح مختلفة* – من السكان المتضررين – أو المنظمات التي تحوز على ثقتهم – فيما يتعلق بتقدير التبعات الإيجابية والسلبية الممكنة على الاستجابة الشاملة وعلى أنشطة محددة.

٤- *الشكل الذي تقدم من خلاله المساعدة* قد يجعل الناس أكثر عرضة للهجمات. على سبيل المثال، قد تتعرض السلع الثمينة مثل الحصص الغذائية الجافة للنهب، وهكذا فإنها قد تعرض المتلقين لمخاطر الأذى والحرمان. ويستلزم الأمر النظر في تقديم أشكال بديلة من المساعدة (مثل تقديم الطعام في المطابخ أو في مراكز للتغذية بعد طهيه)، أينما يشكل هذا الأمر مخاطرة كبيرة. وينبغي التشاور مع المجتمعات المحلية المتضررة بشأن الشكل المفضل لديهم لتقديم المساعدة.

٥- وينبغي قدر الإمكان أن تكون *البيئة التي يجري فيها تقديم المساعدة* فيها آمنة من أجل الناس المعنيين. كما أنه لا ينبغي اضطرار الناس للسفر إلى مناطق خطرة أو عبورها، وذلك من أجل الحصول على المساعدة. وأينما تقام مخيمات أو مستوطنات أخرى، فينبغي جعلها آمنة قدر الإمكان للسكان، وينبغي أن تكون أماكنها بعيداً عن المناطق التي تتعرض للهجمات أو للأخطار الأخرى.

حماية السكان المتضررين لأنفسهم

٦- فهم *الوسائل* التي يمكن بها للناس محاولة حماية أنفسهم وعائلاتهم والمجتمعات المحلية. ودعم مبادرات المساعدة الذاتية المجتمعية (انظر مبدأ الحماية رقم ٣، والملاحظتين الإرشاديتين ١٣ و١٤). ولا ينبغي لطرق تدخل الوكالات الإنسانية أن تحد من قدرة الناس على حماية أنفسهم والآخرين – بما في ذلك الانتقال إلى مناطق أكثر أمناً، وتفادي الاتصال مع الجماعات المسلحة.

٧- *الحاجات المعيشية الضرورية:* مساعدة الناس على إيجاد حلول آمنة لتلبية حاجاتهم المعيشية الضرورية. وقد يشمل ذلك، على سبيل المثال، توفير السلع مثل المياه وحطب الوقود وغير ذلك من الوقود اللازم للطهي، الأمر الذي يساعد الناس على تلبية حاجاتهم اليومية بدون الحاجة إلى القيام برحلات خطرة وشاقة. فهذا على الأرجح يشكل صعوبة بالنسبة للمسنين والنساء والأطفال والمعاقين على وجه الخصوص.

إدارة المعلومات الحساسة

٨- قد تكون ***البيانات المتعلقة بالحماية*** حساسة. ولذلك، فينبغي أن يكون لدى الوكالات الإنسانية سياسات وتدابير واضحة معمول بها، لتوجيه موظفيها بشأن كيفية الاستجابة عند إخطارهم بوقوع انتهاكات أو مشاهدتها، وبشأن سرية المعلومات ذات الصلة. وينبغي إحاطة الموظفين بشأن الإبلاغات ذات الصلة عن المشاهدات أو الادعاءات بشأن وقوع حوادث.

٩- ***إحالة المعلومات الحساسة:*** النظر في إحالة المعلومات المتعلقة بالانتهاكات إلى الجهات الفاعلة المعنية التي لديها ولاية الحماية ذات الصلة. ويمكن لهذه الجهات أن تتواجد في مجـالات أخرى خلاف تلك التي توجد فيها المعلومات.

١٠- ينبغي ***وجود سياسة معنية بإحالة المعلومات الحساسة*** معمول بها، وينبغي أن تتضمن تلك السياسة تقارير عن وقوع الحوادث أو تحليل الاتجاهات. وينبغي أن تحدد كيفية إدارة المعلومات الحساسة وظروف إحالة المعلومات. وينبغي قدر الإمكان للوكالات أن تسعى إلى الحصول على موافقة فرادى الأشخاص المعنيين باستخدام مثل هذه المعلومات. وينبغي أن يجرى القيام بأي إحالة للمعلومات بطريقة لا تعرض مصدر المعلومات أو الشخص (الأشخاص) للخطر.



١١- لا ينبغي جمع ***المعلومات بشأن حالات الإساءة والانتهاكات الحقوقية*** إلا إذا كان القصد من استعمالها واضح، وكانت التفاصيل المطلوبة محددة فيما يتعلق بالاستعمال المقصود. وينبغي جمع معلومات الحماية هذه من خلال وكالات لديها ولاية حماية، أو لديها القدرة والمهارات والأنظمة اللازمة والبروتوكولات المعمول بها. ويخضع جمع هذه المعلومات لشرط الموافقة المستنيرة، وفي جميع الحالات، تكون موافقة الأفراد أمر ضروري من أجل تشاطر المعلومات مع أطراف ثالثة.

١٢- ينبغي تقدير ***رد الفعل المحتمل من جانب الحكومة*** أو السلطات الأخرى ذات الصلة إزاء جمع واستخدام المعلومات حول الانتهاكات. وربما يستلزم الأمر ضرورة الاختيار بين استمرار العمليات والحاجة إلى استخدام المعلومات. ويجوز للوكالات الإنسانية المختلفة اتخاذ خيارات مختلفة في هذا الصدد.

مبدأ الحماية رقم ٢ : ضمان حصول الناس على المساعدة بدون تحيز – بما يتناسب مع الحاجات ، وبدون تمييز

ويتمثل ذلك في تمكين الناس من الحصول على المساعدة الإنسانية وفقاً لحاجاتهم، وبدون تمييز سلبي . وعدم حجب المساعدة عمن يحتاجونها من الناس، والقيام عند الاقتضاء بتوفير سبل الوصول للوكالات الإنسانية من أجل تلبية معايير "اسفير" .

ويتضمن هذا المبدأ العناصر التالية:

- ضمان حصول جميع شرائح السكان المتضررين على المساعدات الإنسانية.
- ينبغي دائماً الإبلاغ عن أي حرمان متعمد لشرائح سكانية من الحاجات المعيشية الضرورية على أساس القوانين والمبادئ الإنسانية العامة ذات الصلة، وذلك على النحو الموضح في الميثـاق الإنساني.
- تلقي الأشخاص المتضررين للدعم على أساس الحاجة وعدم التمييز ضدهم لأي أسباب أخرى.

ملاحظات إرشادية

تمكين تقديم المساعدات

١- ***حيثما يكون السكان المتضررون غير قادرين على تلبية حاجاتهم الأساسية*** وتكون السلطات المعنية غير قادرة على توفير المساعدة بنفسها، فينبغي لتلك السلطات ألا تمنع الوكالات الإنسانية غير المتحيزة من الوصول من أجل القيام بذلك. وقد يتخذ هذا المنع شكل الانتهاك للقانون الدولي، ولا سيما فيما يتعلق بحالات النزاعات المسلحة.

٢- ***رصد الاستفادة:*** الرصد بعناية لإمكانية حصول السكان المتضررين على المساعدات الإنسانية، ولا سيما بالنسبة لأشد الناس استضعافاً.

٣- ربط ***إمكانية الوصول إلى المساعدة الإنسانية وحرية التنقل*** ربطاً وثيقاً (انظر مبدأ الحماية رقم ٣، الملاحظات الإرشادية ٧-٩ في الصفحة ٣٧). وينبغي لرصد الوصول أن يأخذ في اعتباره العقبات، مثل نقاط التفتيش، أو الحواجز، أو وجود الألغام الأرضية. وفي حالات النزاعات المسلحة، قد تقيم الأطراف نقاط تفتيش، بيد أنه لا ينبغي لهذه العوائق أن تحدث تميزاً بين فئات السكان المتضررين أو تعيق وصول الناس إلى المساعدات الإنسانية على نحو غير ملائم. وبتعين اتخاذ تدابير خاصة لضمان تحقيق المساواة في فرص الوصول إلى السكان المتضررين في المناطق النائية أو التي يتعذر الوصول إليها.

٤- ينبغي اتخاذ ***تدابير خاصة لتسهيل وصول الفئات المستضعفة***، مع مراعاة السياق والظروف الاجتماعية والثقافية للمجتمعات المحلية وسلوكياتها. وقد تشمل مثل هذه التدابير بناء أماكن آمنة لضحايا الانتهاكات مثل الاغتصاب أو الاتجار، أو إنفاذ وسائل تؤدي إلى تسهيل وصول الأشخاص من ذوي الإعاقة. وينبغي لتلك التدابير أن تتفادى وصم هذه الفئات بالعار (انظر المعيار الأساسي رقم ٣، والملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٦ في الصفحة ٥٩).

معالجة الحرمان من المساعدة أو الحصول على الحاجات المعيشية الضرورية

٥- ***الحق في تلقي المساعدات الإنسانية:*** كما جاء في الميثـاق الإنساني، فإن السكان المتضررين لديهم الحق في تلقي المساعدات الإنسانية. وأن يكون هذا الحق مستمداً من عدد من المعايير والقواعد القانونية التي تشكل جزءاً من القانون الدولي. وبشكل أكثر تحديداً، فإن القانون الدولي الإنساني يتضمن عدداً من الأحكام ذات الصلة بشأن الحصول على المساعدة وبشأن "حماية الأغراض التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين على قيد الحياة" (بروتوكولا عام ١٩٧٧ الإضافيان (الأول والثاني) لاتفاقيات جنيف ١٩٤٩). ويجوز للوكالات الإنسانية أن تنظر في تعزيز احترام القوانين ذات الصلة (انظر مبدأ الحماية رقم ٣، والملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤ في الصفحة رقم ٣٦).

ضمان عدم التمييز



٦- ***عدم التحيز:*** ينبغي للوكالات الإنسانية إعطاء الأولوية للسكان المتضررين الذين يرغبون في الحصول على المساعدة على أساس حاجتهم فقط، وتقديم المساعدة بما يتناسب مع تلك الحاجة. وهذا هو مبدأ عدم التحيز الذي أكدت عليه مدونة قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث (انظر الملحق رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٥٢ وكذلك الميثـاق الإنساني في الصفحة رقم ١٧). وينبغي للوكالات الإنسانية ألا تركز فقط على فئة معينة (مثل النازحين في المخيمات)، إذا كان هذا التركيز على حساب فئة أخرى من السكان المتضررين.

٧- ***لا يستلزم الأمر وجود وضع قانوني للسكان المتضررين*** لكي يحق لهم الحصول على المساعدة الإنسانية والحماية.

مبدأ الحماية رقم ٣ : حماية الناس من الأذى البدني والنفسي الناجم عن العنف والإكراه

ويتمثل في حماية الناس من العنف، وإكراههم أو قسرهم على العمل على غير إرادتهم، ومن الخوف من مثل هذه الانتهاكات.

ويتضمن هذا المبدأ العناصر التالية:

- اتخاذ جميع الخطوات المعقولة لضمان عدم تعرض السكان المتضررين إلى هجمات عنيفة، إما من خلال التعامل مع مصدر التهديد أو من خلال مساعدة الناس على تفادي التهديد.
- اتخاذ جميع الخطوات المعقولة لضمان عدم تعرض السكان المتضررين للإكراه، أي إجبارهم أو قسرهم على العمل على غير إرادتهم بطرق قد تسبب لهم الأذى أو تنتهك حقوقهم (على سبيل المثال حرية التنقل).
- دعم الجهود التي يبذلها السكان المتضررون لحماية أنفسهم، وتحقيق الأمن واستعادة الكرامة، بما في ذلك الآليات المجتمعية لمساعدة الذات.

ملاحظات إرشادية

الحماية من العنف والإكراه

١- تقع ***المسؤولية الأساسية لحماية الناس*** من الأخطار التي تهدد حياتهم وسلامتهم على عاتق الحكومات والسلطات الأخرى ذات الصلة (انظر الميثـاق الإنساني في الصفحة رقم ١٧). ويجب على الأطراف المتنازعة حماية السكان المدنيين أثناء أوقات النزاعات المسلحة، بالإضافة إلى أولئك الذين ألقوا أسلحتهم. وينبغي للوكالات الإنسانية أثناء قيامها بتحليل السياق من حيث المخاطر والتهديدات التي تواجه السكان، أن تحدد من لديه المسؤولية القانونية و/أو القدرة الفعلية بشأن توفير الحماية.

٢- ***المساعدة على الحد من التهديدات الأخرى إلى أدنى قدر:*** ويشمل ذلك تقديم المساعدة بطريقة تجعل الناس أكثر أمناً، وتسهيل جهود الناس للبقاء آمنين أو اتخاذ خطوات (سواءً كانت في مجـال الدعوة أو غير ذلك) للحد من تعرض الناس للمخاطر.

٣- ***الرصد والإبلاغ:*** ينبغي للوكالات الإنسانية مراعاة مسؤوليتها في الرصد والإبلاغ عن الانتهاكات الحقوقية الجسيمة. وينبغي لها أن تنظر أيضاً في المناصرة لدى السلطات والجهات الفاعلة ذات الصلة، من أجل حقوق السكان المتضررين، وذلك من خلال تذكيرها بالتزاماتها. ويجوز لها استخدام أساليب مختلفة من أعمال المناصرة بما في ذلك الأساليب الدبلوماسية، والضغط، والمناصرة العامة، واضعة في اعتبارها توجيهات بشأن إدارة المعلومات الحساسة (مبدأ الحماية رقم ١ الصفحة رقم ٣١).

٤- ***أثناء النزاعات المسلحة،*** ينبغي للوكالات الإنسانية مراعاة رصد المؤسسات التي تتمتع بالحماية بموجب القانون الدولي الإنساني على وجه التحديد، مثل المدارس والمستشفيات، والإبلاغ عن أي هجمات تقع عليها. كما ينبغي للوكالات القيام ببذل الجهود للحد من المخاطر والتهديدات المتمثلة في عمليات الخطف أو التجنيد القسري التي قد تحدث في هذه المواقع.

٥- ***أينما تشكل المتفجرات تهديداً للسكان المتضررين،*** فإنه ينبغي للوكالات الإنسانية التنسيق مع السلطات الحكومية ذات الصلة، ومع الوكالات المتخصصة في إزالة الألغام الأرضية والذخائر التي لم تنفجر. وقد يفرض هذا التهديد نفسه على وجه الخصوص في حالات عودة السكان إلى مناطقهم الأصلية بعد النزاعات المسلحة.

٦- تلعب ***الجهات الفاعلة السياسية والعسكرية وتلك الجهات المعنية بإعمال القانون*** دوراً كبيراً في حماية الناس من الإساءات والانتهاكات. وفي نهاية المطاف، فإن الواقع السياسي هو الذي يمكن فيه العثور على حلول للمشاكل الأساسية التي غالباً ما تكون في صميم شواغل الحماية. فالوكالات الأمنية ووكالات إعمال القانون، على سبيل المثال، قوات الشرطة والجيش، بما في ذلك قوات حفظ السلام، يمكنها، بل ويتعين عليها أن تلعب دوراً هاماً في ضمان الأمن المادي للأشخاص المعرضين للخطر. ويمكن للوكالات أن تنبه الجهات الفاعلة ذات الصلة إلى الانتهاكات المستمرة. ومثل هذه التدخلات لدى وحدات الطوارئ العسكرية، وقادتها الميدانيين أو السلطات التي تتولى إمرة هذه القوات، قد تكون خطوة أساسية في وقف الانتهاكات التي ترتكبها القوات العسكرية.

حرية التنقل

٧- ***يتعين عدم إجبار الناس على البقاء*** في أماكنهم، أو الذهاب إلى مكان يخالف اختيارهم (مثل المخيم)، كما ينبغي عدم فرض أية قيود أخرى غير معقولة على حركتهم، ولا يتعين فرض قيود على حرية التنقل واختيار مكان الإقامة، إلا إذا كانت هناك أسباب أمنية أو صحية خطيرة، وبما يتناسب مع الهدف، وفي جميع الأوقات، فلدى الأشخاص المتضررين من النزاعات أو الكوارث الحق في طلب اللجوء.

٨- ***الإخلاء:*** لا ينبغي للوكالات الإنسانية المشاركة في عمليات الإجلاء إلا كتدابير استثنائية في الظروف القصوى، حيث لا توجد وسيلة أخرى لتوفير المساعدة العاجلة أو الحماية في مواجهة التهديدات الخطيرة على الحياة والأمن والصحة.



٩- لا ينبغي توفير ***حوافز من أجل البقاء في الأماكن الخطيرة*** إلى السكان المتضررين، كما لا ينبغي تشجيعهم على العودة أو على إعادة التوطين، ما لم تتوافر لديهم الفرص الكاملة للحصول على كافة المعلومات بشأن الأوضاع في تلك المناطق.

مواطن الاستضعاف الخاصة بالعنف والإكراه

١٠- ***الأشخاص المستضعفون:*** ينبغي النظر إلى العوامل الفردية والاجتماعية والسياقية من أجل تحديد أكثر الأشخاص تعرضاً لبعض المخاطر والتهديدات. وقد يكون من الضروري اتخاذ تدابير خاصة لأولئك الذين يواجهون مخاطر معينة، ولا سيما النساء والأطفال والأشخاص الذين أجبروا على النزوح، والمسنين وذوي الإعاقات، والأقليات الدينية أو العرقية.

١١- ***بيئة آمنة للأطفال:*** ينبغي للوكالات تمكين الأطفال من الوصول إلى بيئات آمنة. ويتعين تقديم الدعم للأسر والمجتمعات المحلية في جهودها الرامية إلى الحفاظ على سلامة وأمن الأطفال.

١٢- قد يكون تعرض ***الأطفال، ولا سيما المنفصلين عن ذويهم*** أو غير المصحوبين من قبل بالغين، للإساءة أو الاستغلال أثناء الكوارث أو النزاعات أمراً أكثر سهولة. وينبغي للوكالات اتخاذ كافة الخطوات المعقولة لمنع تجنيد الأطفال في القوات المسلحة، أما إذا كان لديهم ارتباط مع القوات المسلحة، فينبغي العمل على الإفراج الفوري عنهم، وإعادة دمجهم.

١٣- ***قد تتعرض النساء والفتيات على وجه الخصوص لخطر*** العنف القائم على نوع الجنس. وعند المساهمة في حماية هذه الفئات، فينبغي للوكالات الإنسانية النظر على وجه الخصوص في التدابير التي تحد من المخاطر المحتملة، بما في ذلك الاتجار، أو الممارسة القسرية للبغاء، أو الاغتصاب، أو العنف المنزلي. وينبغي لها أيضاً تطبيق معايير وصكوك من أجل منع ممارسة الاستغلال والانتهاك جنسياً والقضاء عليهما. ويجوز أن تنطوي هذه الممارسة غير المقبولة على السكان المتضررين من ذوي نقاط الضعف المحددة، مثل المعزولين أو النساء ذوات الإعاقة اللاتي يجبرن على مقايضة الجنس في مقابل توفير المساعدة الإنسانية.

الدعم الاجتماعي والمساعدة الذاتية القائمة على المجتمع المحلي

١٤- ينبغي تعزيز ***آليات الأسرة والمجتمع المحلي للحماية والدعم النفسي الاجتماعي*** عن طريق الإبقاء على وجود أفراد العائلات مع بعضهم بعضاً، وتوعية الناس بشأن كيفية تفادي انفصال الأطفال عن عائلاتهم، وتعزيز الرعاية المناسبة للأطفال المنفصلين عن ذويهم، وتنظيم عملية البحث عن المفقودين، وعمليات إعادة الأطفال المنفصلين إلى ذويهم وكذلك أفراد الأسرة الآخرين. وحيثما أمكن، تعزيز الإبقاء على وجود أفراد العائلات مع بعضهم بعضاً، وتمكين الناس من قرية بعينها أو شبكة دعم معينة من العيش في نفس المنطقة.

١٥- ***دعم الأنشطة المجتمعية للمساعدة الذاتية:*** وتشمل مثل هذه الأنشطة على سبيل المثال، الجماعات النسائية التي تعالج قضايا العنف القائم على نوع الجنس، ومجموعات التعاون الشبابية بشأن دعم سبل كسب العيش، وجماعات الأبوة الداعمة للتفاعلات الإيجابية مع الأطفال ورعاية الآباء والأمهات للأطفال الصغار، والأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ومجموعات الشباب التي تنشر معلومات وقائية بشأن التهديدات مثل الألغام الأرضية والجماعات المجتمعية التي تتواصل مع النساء والرجال الذين فقدوا شركاءهم، والمسنين، وذوي الإعاقة.

مبدأ الحماية رقم ٤ : مساعدة الناس على المطالبة بحقوقهم، والتماس الحلول، والتعافي من آثار الانتهاكات

ويعني ذلك مساعدة السكان المتضررين على المطالبة بحقوقهم من خلال المعلومات والوثائق، والمساعدة على التماس الحلول. ويجري دعم الناس دعماً مناسباً من أجل التعافي من الآثار البدنية والنفسية والاجتماعية للعنف وغيره من أشكال الانتهاكات.

ويتضمن هذا المبدأ العناصر التالية:

- دعم السكان المتضررين من أجل تأكيد حقوقهم، والوصول إلى حلول تقدمها الحكومة أو مصادر أخرى، وتزويدهم بمعلومات عن حقوقهم والحلول.
- مساعدة السكان المتضررين على الحصول على الوثائق التي يحتاجونها لإثبات حقوقهم.
- مساعدة السكان المتضررين على الانتعاش من خلال توفير الدعم النفسي الاجتماعي القائم على المجتمع المحلي وغيره.

ملاحظات الإرشادية

دعم السكان المتضررين في تأكيد حقوقهم

١- ***تقع على الحكومة والسلطات الأخرى ذات الصلة مسؤولية*** ضمان احترام حقوق السكان المتضررين والوفاء بها. وينبغي للوكالات الإنسانية النظر في دعم السكان المتضررين من أجل المطالبة بحقوقهم، سواءً كان ذلك من خلال نظم قانونية أو غيرها من القنوات.

٢- ***الاستحقاقات:*** ينبغي للوكالات تنوير السكان المتضررين باستحقاقاتهم سواءً لدى برنامج مساعدات معين، أو بموجب القوانين واللوائح المعمول بها في البلد المعني. ويتحتم إيلاء اهتمام خاص بأمر إرساء أو إعادة إرساء حقوق الناس في الإسكان والأراضي والممتلكات.



٣- ***المعلومات والتشاور:*** ينبغي للسلطات والوكالات الإنسانية إخطار السكان المتضررين بلغة وأسلوب يفهمونهما، وينبغي أن ينخرطوا في عملية تشاور مجدية فيما يتعلق بالقرارات التي تؤثر في حياتهم، وذلك بدون خلق مخاطر إضافية (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١). وذلك هو أحد السبل لمساعدتهم على الدفاع عن حقوقهم.

وثائق

٤- ***تأمين الوثائق المفقودة أو استبدالها:*** ينبغي للوكالات الإنسانية أن تساعد السكان المتضررين على تأمين الوثائق – أو استبدال الوثائق المفقودة – ليتسنى لهم الحصول على حقوقهم. وعموماً فإن الناس لديهم حقوق، بغض النظر عن حيازة وثائق معينة. بيد أنه من أجل الحصول على كافة الاستحقاقات، فإن ذلك يستلزم عادة شكلاً من أشكال الوثائق أو تحديد الهوية، مثل شهادة الميلاد، أو شهادة الزواج، أو جواز السفر، أو مستند ملكية الأرض. وغالباً ما يكون الحصول على توثيق الممتلكات أمراً ذا أهمية خاصة في أعقاب وقوع الكوارث، ولكن لا يتم في عدد من البلدان بالضرورة توثيق مستندات الملكية بوضوح من خلال كيانات قانونية، الأمر الذي قد يشكل نقطة خلاف رئيسية. ومن الضروري تنظيم إصدار شهادات الوفاة لتفادي المشاكل المالية والقانونية للأقارب بدون داع، وعادة ما تكون شهادات الوفاة غير متاحة عندما لا تكون هناك مراسم دفن رسمية، وهي ممارسة ينبغي تجنبها.

٥- لا يجب الخلط بين ***الوثائق القانونية*** التي تعترف بها الحكومة أو السلطات ذات الصلة من جهة، والوثائق الصادرة عن الوكالات الإنسانية من جهة أخرى، مثل وثائق التسجيل، أو بطاقات الحصص التموينية، أو قسائم النقل. أما الوثائق الرسمية الصادرة عن السلطات، فلا ينبغي لها أن تحدد من هو المستحق للمساعدة التي تقدمها الوكالات الإنسانية.

التماس الحلول

٦- يحق للناس التماس سبل التظلم القانونية وغيرها لدى الحكومة والسلطات المعنية بشأن انتهاكات حقوقهم. ويمكن أن يشمل ذلك التعويض عن الخسائر أو استعادة الممتلكات. كما يحق لهم طلب تقديم مرتكبي مثل هذه الانتهاكات إلى العدالة، فذلك يمكن أن يلعب دوراً رئيسياً في استعادة الثقة

والطمأنينة فيما بين السكان المتضررين. وقد تكون الوكالات الإنسانية قادرة على مساعدة الناس في التماس سبل تحقيق العدالة أو إحالة القضايا إلى وكالات قادرة على تقديم مثل هذا الدعم.

٧- الدعم في مجـال الرعاية الصحية وإعادة التأهيل: ينبغي دعم الناس من أجل الحصول على الخدمات المناسبة في مجـال الرعاية الصحية وغير ذلك من خدمات إعادة التأهيل الأخرى، وذلك بعد تعرضهم لهجمات وحوادث عنف قائم على نوع الجنس وغير ذلك من المشاكل ذات الصلة (انظر الخدمات الصحية الأساسية – المعيار رقم ٣ المعني بمكافحة الأمراض المعدية في الصفحة رقم ٣٠١، والخدمات الصحية الأساسية – المعيارين ١ و٢ المعنيين بصحة الطفل في الصفحات ٣٠٦-٣٠٨).

٨- أينما تتاح المساعدة العلاجية من مصادر غير حكومية، فينبغي مساعدة الناس على معرفة تلك المساعدة وتمكينهم من الوصول إليها حيثما كان ذلك مناسباً.

الدعم النفسي – الاجتماعي القائم على المجتمع المحلي

٩- ينبغي دعم ***آليات التصدي المشتركة الإيجابية*** مثل مراسم الدفن المناسبة ثقافياً، والممارسات الاحتفالية الدينية، والممارسات الثقافية والاجتماعية الآمنة.

١٠- ***أنشطة الطفل:*** ينبغي عند الاقتضاء، تشجيع المجتمعات المحلية على القيام بتنظيم أنشطة هيكلية تثقيفية ووقائية داعمة من أجل الطفل، وذلك من خلال وسائل غير رسمية مثل روضات الأطفال. وينبغي أن تشمل آليات الحماية المجتمعية أنشطة المساعدة الذاتية التي تعزز الرفاه النفسي الاجتماعي.

١١- ***المساعدة على تنظيم الدعم النفسي الاجتماعي المناسب*** للناجين من حوادث العنف، وضمان وصول الناجين إلى الشبكات الاجتماعية المجتمعية، وأنشطة المساعدة الذاتية. وينبغي استكمال الاستفادة من على الدعم الاجتماعي في المجتمعات المحلية بالحصول على الرعاية الصحية العقلية.

١٢- ***نظم دمج الدعم:*** ينبغي لتلك الوكالات العاملة في مجـال تقديم الدعم النفسي الاجتماعي والصحة العقلية في مختلف القطاعات، أن تتعاون من أجل بناء نظام متكامل لدعم السكان (انظر الخدمات الصحية الأساسية – المعيار رقم ١ المعني بالصحة العقلية في الصفحة رقم ٣١٨).

١٣- ***الدعم الطبي العلاجي:*** وضع آليات لإحالة السكان المتضررين بشكل بالغ إلى الدعم الطبي العلاجي المتاح.

المراجع والمزيد من المطالعات

الحماية العامة: أدوات ومعلومات أساسية

كاريتاس أستراليا، كير أستراليا، أوكسفام أستراليا، وورلد فيجن أستراليا (٢٠٠٨)، المعايير الدنيا للوكالة من أجل دمج الحماية في الاستجابة الإنسانية – الإصدار المعني بالاختبار الميداني.
www.icva.ch/doc00002448.pdf

جيوسي كافيرزاسيو، إس (٢٠٠١)، تعزيز الحماية في حالات الحروب – بحث عن معايير مهنية. المرجع رقم: ٠٧٨٣، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف.

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٢)، إنماء شجرة الإيواء – حماية الحقوق من خلال العمل الإنساني – برامج وممارسات تم جمعها من الميدان. جنيف. www.icva.ch/gstree. pdf

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠١٠)، إرشادات ودليل تشغيليان لحماية الأشخاص المتضررين من الكوارث الطبيعية.

اللجنة الدولية للصليب الأحمر (٢٠٠٩)، المعايير المهنية لأعمال الحماية التي تقوم بها الجهات الفاعلة الإنسانية والمعنية بحقوق الإنسان في حالات النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى. جنيف.
www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 أو
www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39cba52,0.html

اللجنة الدولية للصليب الأحمر (٢٠٠٨)، تعزيز حماية للمدنيين في حالات النزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف. جنيف.
www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

أو"كالاهان، إس وبانتوليانو، إس (٢٠٠٧)، دمج حماية المدنيين في الاستجابة الإنسانية. تقرير مجموعة السياسات الإنسانية رقم ٢٦. معهد التنمية فيما وراء البحار. لندن.

مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (٢٠٠٩)، مفكرة: النظر في القضايا المتعلقة بحماية المدنيين. نيويورك.
www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

سليم، إتش وبونويك، إيه (٢٠٠٥)، الحماية – دليل شبكة التعلم النشط من أجل المساءلة والأداء من أجل الوكالات الإنسانية، معهد التنمية فيما وراء البحار، لندن.
www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

معايير حماية محددة

الطفل

اللجنة الدولية للصليب الأحمر، اللجنة الدولية للإنقاذ، مؤسسة إنقاذ الطفل، اليونيسف، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وورلد فيجن (٢٠٠٤)، المبادئ التوجيهية المشتركة بين الوكالات المعنية بالأطفال غير المصحوبين برفقة والمنفصلين عن ذويهم. جنيف.
www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

صندوق الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) (٢٠٠٧)، مبادئ باريس والتزامات حماية الأطفال من التجنيد أو التشغيل غير المشروع عن طريق القوات أو الجماعات المسلحة. باريس.
www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html

الأمم المتحدة لنزع السلاح والتسريح وإعادة الدمج (٢٠٠٦)، المعايير الشاملة لنزع السلاح والتسريح وإعادة الدمج. نيويورك.
www.unddr.org/iddrs/05/20.php و www.unddr.org/iddrs/05/30.php

الإعاقة

المنظمة الدولية لذوي الإعاقة (٢٠٠٦)، الحماية – قضايا من أجل ذوو الإعاقات والمصابون.

المنظمة الدولية لذوي الإعاقة (٢٠٠٨)، مجموعة أدوات معنية بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة.

العنف القائم على نوع الجنس

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٥)، إرشادات من أجل التدخلات في مجـال العنف القائم على نوع الجنس في الحالات الإنسانية – التركيز على منع العنف الجنسي في حالات الطوارئ والتصدي له. جنيف
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٧)، التوصيات الأخلاقية وتوصيات السلامة من أجل البحث في مجـال العنف الجنسي في حالات الطوارئ، وتوثيقه ورصده. جنيف.
www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

الحقوق المتعلقة بالإسكان والأراضي والممتلكات

المبادئ المعنية بالإسكان واستعادة الممتلكات من أجل اللاجئين والنازحين.
بيرسونز – «مبادئ بينهيرو» – Pinheiro Principles» .E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21»
http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644

تكتل شبكة أداة الأرض العالمية والانتعاش المبكر (٢٠١٠)، الأراضي والكوارث الطبيعية – توجيهات من أجل الممارسين، برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (موئل الأمم المتحدة)، ومنظمة الأغذية والزراعة (الفاو). نيروبي.
www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

مجـال المسؤولية في التكتل العالمي للحماية والإسكان والأراضي والممتلكات (٢٠٠٩)، قائمة مرجعية فيما يتعلق بحقوق الإسكان والأراضي والممتلكات والقضايا الأوسع نطاقاً المتعلقة بالأراضي عبر التسلسل الزمني لعملية النزوح بدءاً من حالة الطوارئ إلى الانتعاش.
www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf

مركز رصد النزوح الداخلي، منظمة الأغذية والزراعة، مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، مكتب مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، وبرنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (موئل الأمم المتحدة)، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (٢٠٠٧)، الدليل المعني بالإسكان واستعادة الممتلكات من أجل اللاجئين والنازحين. تطبيق "مبادئ بينهيرو"، اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. جنيف.
www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html



النازحون داخلياً

باغشو، إس وبول، دي (٢٠٠٤) الحماية أم الإهمال؟ نحو نهج أكثر فعالية للأمم المتحدة من أجل حماية النازحين داخلياً – تقييم. مشروع بروكينغز-سايس المعني بالنزوح الداخلي، ومكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، قطاع النزوح الداخلي المشترك بين الوكالات. واشنطن العاصمة.
www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

معهد بروكينغز – مشروع النزوح الداخلي التابع لجامعة برن (٢٠٠٥)، معالجة النزوح الداخلي: إطار من أجل المسؤولية الوطنية. واشنطن العاصمة.
www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx

التكتل العالمي للحماية (٢٠١٠)، دليل حماية النازحين داخلياً.
www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٤). تطبيق النهج التعاوني على حالات النزوح الداخلي – توجيه من أجل منسقي الأمم المتحدة الإنسانيين و/أو المقيمين.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠١٠)، الإطار المعني بالحلول الدائمة للنازحين داخلياً.
www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx

المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة (١٩٩٨)، المبادئ التوجيهية المعنية بالنزوح الداخلي الصادرة عن الأمم المتحدة. E/CN.4/1998/53/Add.2.
www.idpguidingprinciples.org/ أو
www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.
nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument

الصحة العقلية والدعم النفسي - الاجتماعي

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٧)، إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعنية بالصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-default

الفريق المرجعي التابع للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعني بالصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (٢٠١٠)، والصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ الإنسانية: ما الذي يتعين على مدراء برامج الحماية معرفته.
www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/

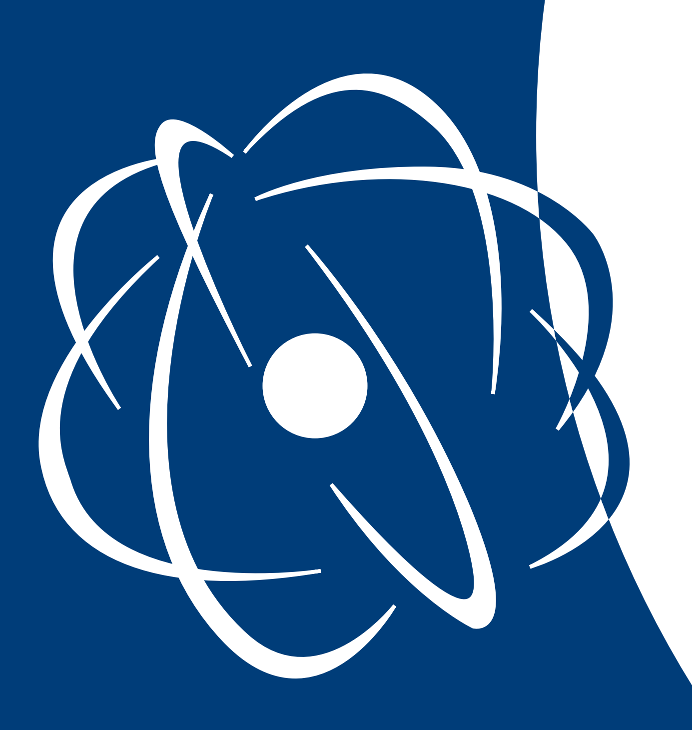
التدابير المتعلقة بالألغام

المعايير الدولية للتدابير المتعلقة بالألغام:
www.mineactionstandards.org/imas.htm#english

كبار السن

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٨)، العمل الإنساني وكبار السن – موجز أساسي من أجل العاملين في المجال الإنساني. منظمة الصحة العالمية والرابطة الدولية لمساعدة المسنين "هلبيدج".
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.
aspx?page=content-products-products&productcatid=24

المعايير الأساسية



كيفية استعمال هذا الفصل

المعايير الأساسية عبارة عن عمليات أساسية ومعايير مشتركة تخص كل مجـالات عمل المشروع. وتوفر هذه المعايير نقطة مرجعية واحدة للنهوج التي تقوم عليها كل معايير الدليل الأخرى، لذا يقتضي تطبيق كل فصل تقني الاستعانة بالمعايير الأساسية لتسهيل الوفاء بمعاييره الخاصة.

وهناك ستة معايير أساسية:

الاستجابة الإنسانية التي تراعي قدرات السكان

التنسيق والتعاون

التقدير

التصميم والاستجابة

الأداء والشفافية والتعلم

أداء العاملين في مجـال المعونة

ويتشكل كل معيار أساسي على النحو التالي:

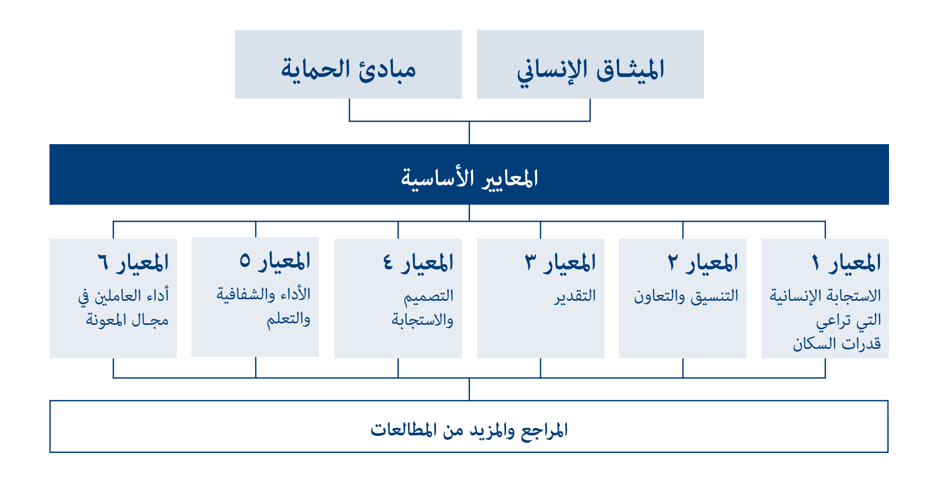
- **المعيار الأساسي:** هو معيار نوعي بطبيعته، ويحدد المستوى الذي يتعين تحقيقه في مجـال الاستجابة الإنسانية.
- **التدابير الأساسية:** هي الأنشطة والمدخلات المقترحة للمساعدة على تلبية ذلك المعيار.
- **المؤشرات الرئيسية:** هي تلك "الإشارات" التي تبين ما إذا كان المعيار قد تم تحقيقه. وهي توفر وسيلة للقياس والإبلاغ بشأن عمليات تنفيذ التدابير الرئيسية ونتائجها؛ وترتبط هذه المؤشرات بالمعايير الدنيا، وليس بالتدابير الأساسية.
- **الملاحظات الإرشادية:** تشمل نقاطاً محددة يستحسن أخذها بعين الاعتبار عند تطبيق المعايير الأساسية والتدابير الأساسية والمؤشرات الرئيسية في مختلف الحالات. وهي توفر توجيهات بشأن معالجة الصعوبات العملية، أو إسداء النصح بشأن قضايا ذات أولوية. ويمكن أن تتضمن قضايا هامة تتعلق بالمعايير أو التدابير أو المؤشرات، وتقدم وصفاً للمعضلات أو الخلافات أو الثغرات الموجودة في المعارف الحالية.

وتستوعب المؤشرات الرئيسية لتلك المعايير الأساسية تباينات واسعة في التطبيق المستخدم والسياق. ولكل مؤشر مواصفات قابلة للقياس وذات إطار زمني، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسياق والقطاع وتختلف باختلافهما. ولذلك، فإنه ينبغي للمستخدمين تكييف المؤشرات الرئيسية وفقاً لوضعهم الخاص، حسب الاقتضاء.

وينتهي هذا الفصل بقائمة مختارة من المراجع والمزيد من المطالعات.

قائمة المحتويات




الميثـاق الإنساني
مبادئ الحماية
المعايير الأساسية
المعيار ١
الاستجابة الإنسانية التي تراعي قدرات السكان
المعيار ٢
التنسيق والتعاون
المعيار ٣
التقدير
المعيار ٤
التصميم والاستجابة
المعيار ٥
الأداء والشفافية والتعلم
المعيار ٦
أداء العاملين في مجـال المعونة
المراجع والمزيد من المطالعات

المقدمة

تصف المعايير الأساسية العمليات اللازمة لتحقيق كافة المعايير الدنيا لمشروع "اسفير". وهي تعبر عملياً عن مبادئ الميثاق الإنساني لمشروع "اسفير"، وتعتبر أمراً أساسياً لحقوق السكان المتضررين من النزاعات أو الكوارث في الحصول على المساعدة التي تدعم الحياة بكرامة. وتحدد المعايير الأساسية الحد الأدنى من الاستجابة التي يتعين على الوكالات الإنسانية تحقيقها (على النحو الذي تشير إليه المؤشرات الرئيسية)، سواءً كانت مجتمعية، أو محلية أو وطنية أو دولية.

كما ترتبط المعايير الأساسية بمبادرات رئيسية أخرى في مجال المساءلة، وتعزيز التماسك، وتعزيز الالتزام المشترك بالمساءلة. على سبيل المثال، معيار عام ٢٠١٠ للمساءلة الصادر عن الشراكة في المساءلة الإنسانية، ومعايير إدارة الجودة، وتتضمن المعايير الأساسية متطلبات تكميلية. أما معايير أداء العاملين في مجال المعونة، فهي مترابطة مع مدونة الممارسة السليمة لمبادرة السكان والمعونة. ويستنير المعياران الأساسيان رقما ١ و٥ على وجه الخصوص *بدليل أدوات الجودة الكافية* الصادر عن مشروع بناء القدرات في حالات الطوارئ، *وبوصلة الجودة "كواليتي كومباس"* الصادرة عن مجموعة (الطوارئ، وإعادة التأهيل، والتنمية)، وشبكة التعلم النشط من أجل المساءلة والأداء في العمل الإنساني. وتترافق المعايير الأساسية مع الحد الأدنى لمعايير التعليم من الآيني: الجهوزية، الاستجابة، التعافي.



أهمية المعايير الأساسية لكافة القطاعات

يعترف المعيار الأساسي الأول بأن مشاركة السكان المتضررين من الكوارث – النساء والرجال والفتيات والفتيان من جميع الأعمار – وقدرتهم واستراتيجياتهم من أجل الحياة بكرامة، هي جزء لا يتجزأ من الاستجابة الإنسانية. أما المعيار الأساسي الثاني، فيؤكد على ضرورة تنسيق وتنفيذ الاستجابة الفعالة مع الوكالات الأخرى والسلطات الحكومية المنخرطة في العمل الإنساني غير المتحيز.

ويصف المعيار الأساسي الثالث ضرورة إجراء تقديرات منهجية لفهم طبيعة الكارثة، وتحديد من هم المتضررون، وكيف تضرروا، وتقييم مواطن ضعف وقدرات الناس. وهو يقر بالأهمية الحاسمة لفهم الحاجات فيما يتعلق بالسياق السياسي والاجتماعي والاقتصادي والبيئي والسكان على نطاق أوسع. وتقوم الوكالات التي تلبي المعيار الأساسي الرابع بتصميم استجاباتها على أساس تقدير غير متحيز للحاجات، يعالج الحاجات التي لم تتم تلبيتها فيما يتعلق بالسياق وقدرة السكان المتضررين والدول على تلبية حاجاتهم الخاصة

ويتحقق المعيار الأساسي الخامس بقيام الوكالات بالفحص المستمر لفعالية استجابتها وجودتها وملاءمتها. ويستلزم الأمر أن تقوم الوكالات بتكييف استراتيجياتها وفقاً لمعلومات الرصد والأصداء الواردة من

السكان المتضررين من الكوارث، وتشاطر المعلومات حول أدائها. وهي تستثمر في إجراء استعراضات وتقييمات غير متحيزة، واستخدام النتائج لتحسين سياساتها وممارساتها.

ويقر المعيار الأساسي السادس بأن الوكالات الإنسانية عليها التزام تجاه السكان المتضررين من الكوارث بتوظيف من لديهم المعرفة والمهارات والسلوكيات والمواقف المناسبة للعمل في مجـال المعونة بما يحقق استجابة إنسانية فعالة. وبالمثل، فإنه تقع على الوكالات مسؤولية تمكين العاملين في مجـال المعونة من الأداء بطريقة مرضية من خلال الإدارة والدعم بشكل فعال لرفاههم عاطفياً ومادياً.

مواطن الضعف

يركز مشروع "اسفير"على تلبية حاجات البقاء العاجلة للسكان المتضررين من الكوارث أو النزاعات. ومع ذلك، فإن المعايير الأساسية يمكنها أن تدعم أيضاً التأهب للكوارث، والنهوج التي تحد مستقبلاً من المخاطر ومن الاستضعاف، وتعزز القدرات والانتعاش المبكر، وتأخذ هذه النهوج في اعتبارها تأثير الاستجابة في البيئة الطبيعية، وفي السياق الأوسع نطاقاً، وتأثيرها في حاجات السكان المضيفين والسكان عموماً.

وعبر صفحات هذا الدليل، تشير كلمة "الضعف" إلى الناس المعرضين بشكل خاص لآثار الكوارث الطبيعية أو التي من صنع الإنسان أو النزاعات. ويكون الناس أكثر ضعفاً، أو يصبحون أكثر ضعفاً أمام الكوارث الناتجة عن مجموعة من العوامل المادية والاجتماعية والبيئية والسياسية، وقد يهمشهم المجتمع بسبب أصولهم العرقية أو أعمارهم أو نوع الجنس أو الإعاقة أو الطبقة الاجتماعية أو الانتماءات السياسية أو الدين. ويساهم مزيج من مواطن الضعف من ناحية، وتأثير السياق الذي كثيراً ما يتقلب من ناحية أخرى، في تعريض الناس للخطر لأسباب مختلفة وبطرق مختلفة. والمستضعفون، مثل جميع أولئك المتضررين من الكوارث، تتباين قدراتهم على إدارة الكوارث والتعافي منها. وجدير بالذكر أن الفهم الدقيق لقدرات المستضعفين، وما قد يواجهونه من حواجز فيما يتعلق بالحصول على الدعم الإنساني، هو أمر أساسي من أجل القيام باستجابة قادرة على تلبية حاجات أولئك الذين هم في أشد الحاجة إليها.

المعايير الأساسية

المعيار الأساسي رقم ١ : الاستجابة الإنسانية التي تراعي قدرات السكان

تشكل قدرة الناس واستراتيجياتهم فيما يتعلق بالبقاء على قيد الحياة بكرامة جزءاً لا يتجزأ من تصميم الاستجابة الإنسانية ونهجها.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)



- دعم القدرات المحلية من خلال تحديد الفئات المجتمعية والشبكات الاجتماعية في أقرب وقت ممكن، والبناء على مبادرات المساعدة الذاتية المجتمعية (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ١).
- وضع آليات منهجية تتسم بالشفافية، يتمكن من خلالها المتضررون من الكوارث أو النزاعات من تقديم أصدائهم وانطباعاتهم بشكل دوري، والتأثير في البرامج (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٢).
- ضمان تمثيل المستضعفين تمثيلاً متوازناً في المناقشات مع السكان المتضررين من الكوارث (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٣).
- توفير المعلومات للسكان المتضررين بشأن الوكالة الإنسانية، ومشروعها (مشروعاتها)، واستحقاقات السكان، وذلك بشكل ولغة مفهومين (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٤).
- تمكين السكان المتضررين من الوصول إلى أماكن آمنة ومناسبة لعقد اللقاءات المجتمعية، وتشاطر المعلومات في أقرب وقت ممكن (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٥).
- تمكين الناس من تقديم الشكاوى بشأن البرامج بسهولة وأمان، وإرساء مبدأ الشفافية، والقيام بالتدابير في توقيتها المناسب من أجل الاستجابة والتدابير التصحيحية (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).
- القيام حيثما أمكن باستخدام العمالة المحلية والمواد المستدامة بيئياً، والأنشطة المسؤولة اجتماعياً، لتحقيق المنفعة للاقتصاد المحلي وتعزيز الانتعاش.
- تصميم المشاريع، حيثما أمكن، بما يستوعب ويحترم الممارسات الثقافية والروحية والتقليدية المفيدة، التي يعتبرها السكان المحليون أمراً هاماً (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٧).
- الزيادة التدريجية لسلطة السكان المتضررين من الكوارث فيما يتعلق بصنع القرار وملكية البرامج أثناء عملية الاستجابة.

المؤشرات الرئيسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ارتباط استراتيجيات المشروع ارتباطاً واضحاً بالقدرات والمبادرات المجتمعية.
- عقد لقاءات دورية بشأن كيفية تنظيم عملية الاستجابة وتنفيذها، ينظمها ويشارك فيها بنشاط السكان المتضررون من الكوارث (انظر الملاحظتين الإرشاديتين رقمي ١ و٢).
- زيادة عدد مبادرات المساعدة الذاتية التي تقودها المجتمعات المحلية المتضررة والسلطات المحلية خلال فترة الاستجابة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ١).
- قيام الوكالات بالتحقيق في الشكاوى المتلقاة بشأن المساعدة المقدمة، والقيام عند الاقتضاء، باتخاذ إجراء بناءً ذلك.

الملاحظات الإرشادية

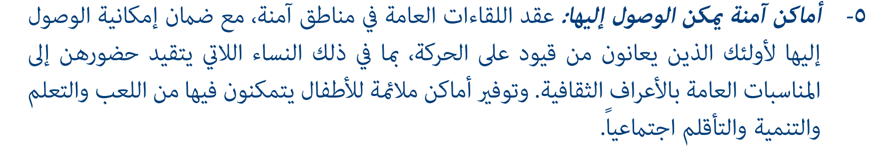
١- ***القدرة المحلية:*** هناك مهارات ومعارف وقدرات يمتلكها أو يكتسبها المتضررون من الكوارث فيما يتعلق بمواجهة الكوارث والاستجابة لها والتعافي منها، وتجدر الإشارة إلى أن المشاركة النشطة في الاستجابة الإنسانية هي الركيزة الأساسية لحق الناس في الحياة بكرامة، الذي أكد عليه المبدآن ٦ و٧ من مدونة قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث (انظر الملحق رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٥٢). وتساهم مبادرات المساعدة الذاتية والمبادرات المجتمعية في تحقيق الرفاه النفسي والاجتماعي، من خلال استعادة الكرامة ودرجة من السيطرة للسكان المتضررين من الكوارث. أما الحصول على الدعم الاجتماعي والمالي والثقافي والعاطفي من خلال الأسرة الممتدة، والشبكات والممارسات الدينية، والأصدقاء، والأنشطة المدرسية والمجتمعية، فإنه يساعد الأفراد والمجتمعات المحلية على إعادة بناء الهوية واحترام الذات، والحد من مواطن الضعف، وتعزيز القدرة على الصمود والتعافي. وعند الاقتضاء، ينبغي دعم السكان المحليين من أجل تحديد أو إنشاء أو إعادة تنشيط الشبكات الداعمة وجماعات المساعدة الذاتية. وسيتحدد مدى وكيفية مشاركة السكان بالفترة الزمنية المنقضية منذ وقوع الكارثة، وبالظروف المادية والاجتماعية والسياسية. وبالتالي، فإنه ينبغي اختيار المؤشرات الدالة على المشاركة وفقاً للسياق، وأن تمثل تلك المؤشرات كافة المتضررين. وعادة ما يكون السكان المحليون هم أصحاب أول ردة فعل للكوارث، بل إنه من الممكن دائماً وجود درجة ما من المشاركة في المرحلة المبكرة من الاستجابة. ومما لا شك فيه أن القيام ببذل جهود واضحة للاستماع إلى الناس في مرحلة مبكرة، والتشاور معهم وإشراكهم سيزيد من جودة الإدارة المجتمعية في المراحل اللاحقة من البرنامج.

٢- توفر ***آليات تلقي الانطباعات والتعليقات*** وسيلة لجميع المتضررين للتأثير في تخطيط البرامج وتنفيذها (انظر معيار "المشاركة" الصادر عن الشراكة في المساءلة الإنسانية). وتشمل تلك الآليات مناقشات فريق التركيز، ودراسات استقصائية، ومقابلات، ولقاءات بشأن "الدروس المستفادة" مع عينة تمثيلية لكافة السكان المتضررين (انظر *دليل أدوات الجودة الكافية* الصادر عن مشروع بناء القدرات في حالات الطوارئ، والملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤)، وينبغي التشاطر المنهجي مع السكان المتضررين لنتائج وتدابير الوكالة فيما يتعلق بالاستجابة للانطباعات والتعليقات.

٣- ***المشاركة التمثيلية:*** إن فهم ومعالجة ما يواجهه مختلف الناس من عقبات تحول دون مشاركتهم، هو أمر بالغ الأهمية من أجل مشاركة متوازنة. وينبغي اتخاذ تدابير لضمان مشاركة أعضاء من كافة الفئات المتضررة – صغاراً وكباراً، رجالاً ونساءً. وينبغي بذل جهود خاصة لإدراج الناس غير الممثلين تمثيلاً صحيحاً، أو المهمشين (على سبيل المثال على أساس العرق أو الدين)، أو غير ذلك من الذين هم "أقل ظهوراً" (مثل رهيني المنازل أو المؤسسات). وينبغي تعزيز مشاركة الشباب والأطفال بقدر ما هو في مصلحتهم، مع اتخاذ تدابير لضمان عدم تعرضهم لإساءة أو أذى.

٤- ***تشاطر المعلومات:*** لدى الناس الحق في الحصول على معلومات دقيقة ومحدثة بشأن التدابير المتخذة لصالحهم. فالمعلومات يمكن أن تؤدي إلى الحد من القلق، وهي ركيزة أساسية للمسؤولية والملكية المجتمعية. وكحد أدنى، فإنه ينبغي للوكالات تقديم وصفاً لولاية الوكالة ومشروعها (مشروعاتها)، واستحقاقات السكان وحقوقهم، ومتى وأين يمكن الحصول على المساعدة (انظر معيار "تبادل المعلومات" الصادر عن الشراكة في المساءلة الإنسانية). وتشمل الطرق المعروفة لتشاطر المعلومات لوحات الإعلانات، واللقاءات العامة، والمدارس، والصحف، والبرامج الإذاعية. وينبغي لتلك المعلومات أن تـُظهر فهماً مدروساً لأوضاع السكان، وأن تُنقَل بلغة (لغات) محلية، وذلك باستخدام مجموعة متنوعة من وسائل الإعلام بعد تكييفها بحيث تصبح في متناول جميع المعنيين. على سبيل المثال، استخدام الاتصالات الناطقة أو الصور للأطفال والكبار الذين لا يتمكنون من القراءة، واستخدام لغة غير معقدة (أي مفهومة للسكان المحليين ممن تقل أعمارهم عن ١٢ عاماً)، مع استخدام حروف كبيرة عند طباعة المعلومات للأشخاص الذين يعانون من إعاقات بصرية. وإدارة اللقاءات بحيث يمكن الاستماع إليها من جانب كبار السن ولمن يعانون من صعوبات سمعية.





٥- ***أماكن آمنة يمكن الوصول إليها:*** عقد اللقاءات العامة في مناطق آمنة، مع ضمان إمكانية الوصول إليها لأولئك الذين يعانون من قيود على الحركة، بما في ذلك النساء اللاتي يتقيد حضورهن إلى المناسبات العامة بالأعراف الثقافية. وتوفير أماكن ملائمة للأطفال يتمكنون فيها من اللعب والتعلم والتنمية والتأقلم اجتماعياً.

٦- ***الشكاوى:*** لدى الناس الحق في تقديم الشكاوى إلى الوكالة، وتلقي الردود منها في هذا الصدد (انظر معيار "معالجة الشكاوى" الصادر عن الشراكة في المساءلة الإنسانية). وتعتبر الآليات الرسمية للشكاوى والطعون مكوناً أساسياً من مكونات مساءلة الوكالة أمام الناس، وهي تساعد المجتمعات المحلية على إعادة السيطرة على مقدرات أمور حياتهم.

٧- ***الممارسات الثقافية الملائمة***، مثل مراسم الدفن والشعائر والممارسات الدينية، التي غالباً ما تكون عنصراً أساسياً لهوية السكان وكرامتهم وقدرتهم على التعافي من الكوارث. ومن بعض الممارسات المقبولة ثقافياً ما ينتهك حقوق الناس الإنسانية (مثل حرمان الفتيات من التعليم، وختان الإناث)، ولذلك ينبغي عدم دعمها.

المعيار الأساسي رقم ٢ : التنسيق والتعاون

يجري التخطيط للاستجابة الإنسانية وتنفيذها بالتنسيق مع الأطراف ذات الصلة المنخرطة في مجال العمل الإنساني غير المتحيز، مثل السلطات والوكالات الإنسانية ومنظمات المجتمع المدني، التي تعمل معاً من أجل تحقيق أقصى قدر من الكفاءة والتغطية والفعالية.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- المشاركة منذ البداية في أي آليات تنسيقية سواءً كانت عامة أو قطاعية قابلة للتطبيق (انظر الملاحظتين الإرشاديتين رقمي ١ و٢).
- البقاء على علم بمسؤوليات الدولة ودورها التنسيقي وأهدافه، وجماعات التنسيق الأخرى أينما وجدت (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٣).
- إمداد جماعات التنسيق بمعلومات حول ولاية الوكالة وأهدافها وبرنامجها.
- تشاطر المعلومات المتعلقة بالتقديرات مع مجموعات التنسيق ذات الصلة في التوقيت المناسب، وبشكل يمكن استخدامه بسهولة من قبل الوكالات الإنسانية الأخرى (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧).
- الاسترشاد بالمعلومات البرنامجية الواردة من الوكالات الإنسانية الأخرى، في عمليات التحليل واختيار المنطقة الجغرافية وخطط للاستجابة.
- إطلاع مجموعات التنسيق بشكل منتظم على المستجدات، والإبلاغ بشأن أي تأخير مؤثر، وأي نقص أو فائض في قدرة الوكالة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٤).
- التعاون مع الوكالات الإنسانية الأخرى من أجل تعزيز المناصرة بشأن الشواغل الإنسانية الحرجة المشتركة.
- وضع سياسات وممارسات واضحة بشأن مشاركة الوكالة مع الجهات الفاعلة التي لا تعمل في المجال الإنساني، على أساس المبادئ والأهداف الإنسانية (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٥).

المؤشرات الرئيسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- القيام بشكل دوري بتقديم تقارير ومعلومات بشأن التقديرات حول خطط البرنامج والتقدم المحرز بشأنه، وذلك إلى مجموعات التنسيق ذات الصلة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٤).
- عدم تكرار الأنشطة الإنسانية للوكالات الأخرى العاملة في نفس المناطق الجغرافية أو القطاعية.
- العمل بموجب الالتزامات التي قطعت في الاجتماعات التنسيقية، والإبلاغ عنها في التوقيت المناسب.
- مراعاة الوكالة في الاستجابة التي تقوم بها لقدرات واستراتيجيات الأطراف الأخرى من وكالات إنسانية، ومنظمات مجتمع مدني، وسلطات ذات صلة.

الملاحظات الإرشادية

١- ***الاستجابات المنسقة:*** إن التغطية البرنامجية الكافية والالتزام بالجودة والمواعيد من الأمور التي تتطلب عملاً جماعياً. فالمشاركة النشطة في جهود التنسيق تمكن قادة التنسيق من القيام في التوقيت المناسب بعمل تقسيم واضح للعمل والمسؤولية، وقياس مدى تلبية الحاجات بشكل جماعي، والحد من الازدواجية، ومعالجة الثغرات في التغطية والجودة. كما أن الاستجابات المنسقة، والتقديرات المشتركة بين الوكالات وتبادل المعلومات التي يجري القيام بها في التوقيت المناسب، تؤدي إلى تخفيف العبء عن كاهل المتضررين الذين قد يتعرضون للإدلاء بنفس المعلومات إلى سلسلة من فرق الحصر والتقييم. وجدير بالذكر أن التعاون، وحيثما أمكن، تشاطر الموارد والمعدات يحققان القدرة المثلى للمجتمعات المحلية وجيرانها، والحكومات المضيفة، والجهات المانحة، والوكالات الإنسانية التي لديها ولايات وخبرات مختلفة. وتحدد المشاركة في آليات التنسيق قبل وقوع الكوارث العلاقات، وتعزز التنسيق خلال الاستجابة. فالسلطات ومنظمات المجتمع المدني المحلية قد تحجم عن المشاركة إذا بدا أن آليات التنسيق تتلاءم مع الوكالات الدولية فقط. ويتعين احترام استخدام اللغة (اللغات) المحلية في اللقاءات والاتصالات الأخرى المشتركة، وكذلك تحديد الشبكات والجهات الفاعلة من المجتمع المدني المحلي المشاركة في الاستجابة، وتشجيعها وغيرها من الوكالات الإنسانية المحلية والدولية على المشاركة. وينبغي أن يكون لدى الموظفين الذين يمثلون الوكالات في الاجتماعات التنسيقية، المعلومات والمهارات والسلطة المناسبة للمساهمة في التخطيط وصنع القرار.



٢- تشمل ***آليات التنسيق المشتركة*** لقاءات – عامة (لجميع البرامج)، وقطاعية (مثل الرعاية الصحية)، ومشتركة بين القطاعات (مثل الجنسانية) – وآليات لتشاطر المعلومات (مثل قواعد البيانات للمعلومات بشأن التقديرات والمعلومات السياقية). ويمكن للاجتماعات التي تجمع بين مختلف القطاعات أن تعزز من تلبية حاجات السكان ككل، بدلاً من تلبيتها بمنأى عن بعضها بعضاً (على سبيل المثال، الربط بين حاجات الإيواء والمياه والإصحاح والنظافة والرعاية النفسية الاجتماعية). وينبغي تقاسم المعلومات ذات الصلة بين مختلف آليات التنسيق، لضمان التنسيق المتكامل في جميع البرامج. وفي جميع حالات التنسيق، فإن التزام الوكالات بالمشاركة سيتأثر بجودة آليات التنسيق: فقادة التنسيق تقع عليهم مسؤولية ضمان إدارة الاجتماعات والمعلومات بشكل جيد وفعال، وموجه نحو تحقيق النتائج. أما إذا كان الأمر غير ذلك، فينبغي للوكالات المشاركة المناصرة من أجل دعم وتحسين هذه الآليات.

٣- ***تنسيق الأدوار:*** هذا هو دور الدولة المتضررة لتنسيق أنشطة الاستجابة من جانب الوكالات الإنسانية. وللوكالات الإنسانية دور أساسي يدعم المهمة التنسيقية للدولة. بيد أنه في بعض السياقات، قد يكون من المستحسن اللجوء إلى آليات تنسيق بديلة، على سبيل المثال، إذا كانت سلطات الدولة هي نفسها المسؤولة عن التجاوزات والانتهاكات، أو أنها تقدم المساعدة بطريقة متحيزة، أو إذا كان لدى الدولة استعداد لممارسة دور تنسيقي، ولكنها تفتقر إلى القدرة. وفي هذه الحالات، فقد يمكن إجراء الاجتماعات التنسيقية بشكل منفرد أو مشترك فيما بين السلطات المحلية مع الأمم المتحدة أو المنظمات غير الحكومية. وفي أغلب الأحيان تنسق العديد من حالات الطوارئ الإنسانية واسعة النطاق من خلال "نهج التكتلات"، وذلك مع مجموعات من الوكالات العاملة في القطاع نفسه تحت إدارة وكالة رائدة.

٤- ستتعزز ***كفاءة تشاطر البيانات*** إذا كانت المعلومات سهلة الاستخدام (واضحة، ذات صلة، موجزة) وتتبع البروتوكولات الإنسانية العالمية التي تتوافق تقنياً مع بيانات الوكالات الأخرى (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧). أما التواتر الدقيق لتشاطر البيانات، فإنه يختص بالوكالة وبالسياق، بيد أنه يتعين أن يتسم بالسرعة ليظل ملائماً. ويتعين الإبقاء على سرية المعلومات الحساسة (انظر المعيارين الأساسيين رقمي ٣ و٤ في الصفحات ٥٧-٦١).

٥- ***الجيش والقطاع الخاص:*** يتزايد وجود القطاع الخاص والقوات العسكرية الأجنبية والوطنية كجزء من جهود الإغاثة، وبالتالي، فإنها تؤثر على جهود التنسيق. فالقوات العسكرية تجلب خبرات وموارد معينة، بما في ذلك الأمن واللوجستيات والنقل والاتصالات. بيد أن أنشطتهم قد تطمس الفارق المهم بين الأهداف الإنسانية وجداول الأعمال العسكرية أو السياسية، وتخلق مخاطر أمنية في المستقبل. وينبغي أن يكون أي ارتباط مع القوات العسكرية في خدمة الوكالات الإنسانية، أو تحت قيادتها، وفقاً لإرشادات مدعومة. وسوف تبقي بعض الوكالات على حد أدنى من الحوار لضمان الكفاءة التشغيلية (على سبيل المثال تشاطر المعلومات البرنامجية الأساسية)، بينما قد تلجأ وكالات أخرى إلى إنشاء روابط أقوى (على سبيل المثال استخدام الأصول العسكرية). وفي جميع الحالات، يجب أن تظل الوكالات الإنسانية متميزة بوضوح عن القوات العسكرية لتجنب أي رابطة حقيقية أو متصورة مع أي أهداف سياسية أو عسكرية من شأنها أن تلحق الضرر باستقلال ومصداقية الوكالات وأمنها، وبالقدرة على الوصول إلى السكان المتضررين. ويمكن للقطاع الخاص أن يحقق للوكالات الإنسانية كفاءات تجارية، وخبرات وموارد تكميلية. كما أن تشاطر المعلومات أمر مطلوب لتجنب الازدواجية، ولتعزيز الممارسات الإنسانية السليمة. ويجب أن تعمل الشراكات الإنسانية مع القطاع الخاص بشكل جاد لصالح الأهداف الإنسانية.

المعيار الأساسي رقم ٣ : التقدير

يتم تحديد الحاجات ذات الأولوية للسكان المتضررين من الكوارث من خلال إجراء تقدير منهجي للسياق، والمخاطر التي تهدد الحياة بكرامة، والقدرة على الاستجابة لدى الأشخاص المتضررين والسلطات ذات الصلة.



التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- البحث عن معلومات يمكن استخدامها تتعلق بفترة ما قبل وقوع الكارثة، بشأن القدرات الإنسانية المحلية والسكان المتضررين، والسكان عموماً، والسياق، وغير ذلك من العوامل الموجودة التي قد تزيد من قابلية تعرض الناس للكوارث (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ١).
- إجراء تقدير أوَّلي فوري، يرتكز على معلومات تتعلق بفترة ما قبل وقوع الكارثة، لتقدير التغيرات في السياق الناجمة عن الكوارث، مع تحديد أي عوامل جديدة تخلق أو تعزز مواطن الضعف (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٢).
- إجراء تقدير عاجل في أقرب وقت ممكن، متبوعاً بتقديرات متعمقة لاحقة، بقدر ما يتيحه الوقت والظروف (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٣).
- تصنيف البيانات السكانية، حسب نوع الجنس والعمر، وذلك على أقل تقدير (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٤).
- الاستماع إلى مجموعة شاملة من الناس أثناء التقدير - نساء ورجال من جميع الأعمار، وفتيات وفتيان وغيرهم من المستضعفين المتضررين من الكوارث، فضلاً عن السكان على النطاق الأوسع (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١ والملاحظتين الإرشاديتين رقمي ٥ و٦).
- المشاركة في عمليات التقدير متعددة القطاعات، أو المشتركة، أو المشتركة بين الوكالات، حيثما كان ذلك ممكناً.
- جمع المعلومات بصورة منهجية، وذلك باستخدام مجموعة متنوعة من الأساليب، وتثليث المعلومات التي تم جمعها من خلال عدد من المصادر والوكالات، وتوثيق البيانات فور تجميعها (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٧).
- تقدير القدرة على المواجهة، والمهارات، والموارد، واستراتيجيات الانتعاش للسكان المتضررين (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٨).
- تقدير خطط الاستجابة لدى الدولة وقدرتها.
- تقدير تأثير الكارثة على الرفاه النفسي - الاجتماعي للأفراد والمجتمعات المحلية.

- تقدير الشواغل الحالية والمحتملة المعنية بسلامة السكان المتضررين من الكوارث والعاملين في مجال المعونة، بما في ذلك احتمال أن تؤدي الاستجابة إلى تفاقم النزاع، أو خلق توتر بين السكان المتضررين من جانب والمضيفين من جانب آخر (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٩).
- تشاطر بيانات التقدير في التوقيت المناسب، وفي شكل يتيح لوكالات إنسانية أخرى إمكانية الوصول إليها (انظر المعيار الأساسي رقم ٢ في الصفحة رقم ٥٤ والملاحظة الإرشادية رقم ١٠).

المؤشرات الرئيسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تم ربط الحاجات التي تم تقديرها ربطاً واضحاً بالقدرة على الاستجابة لدى السكان المتضررين والدولة.
- تضمين تقارير التقدير العاجل والمتعمق لوجهات نظر تمثل كافة السكان المتضررين، بما في ذلك أعضاء الجماعات المستضعفة وأولئك السكان المحيطين بهم.
- تضمين تقارير التقدير لبيانات مصنفة حسب نوع الجنس والعمر على أقل تقدير.
- تضمين تقارير التقدير المتعمق لمعلومات وتحليلات بشأن مواطن الضعف والقدرات والسياق.
- يجري استخدام نماذج التقدير أينما تحظى بالاتفاق والتأييد الواسع.
- اتباع التقديرات العاجلة بتقديرات متعمقة للسكان الذين يقع عليهم الاختيار من أجل التدخل.

الملاحظات الإرشادية

١- ***المعلومات عن فترة ما قبل وقوع الكارثة:*** إن التعاون في تجميع المعلومات الموجودة هو أمر ثمين من أجل إجراء تقديرات عاجلة أولية. وهناك كمية كبيرة من المعلومات متاحة دائماً إلى حد كبير بشأن السياق (على سبيل المثال، فيما يتعلق بالنواحي السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والأمنية، والنزاعات، والبيئة الطبيعية)، وبشأن الناس (مثل نوع الجنس، والعمر، والصحة، والثقافة، والمعتقد الديني، والتعليم). وتشمل مصادر هذه المعلومات الوزارات ذات الصلة (مثل وزارة الصحة وبيانات التعداد السكاني)، والمؤسسات الأكاديمية أو البحثية، والمنظمات المجتمعية، والوكالات الإنسانية المحلية والدولية الموجودة قبل وقوع الكارثة. كما أن مبادرات التأهب للكوارث والإنذار المبكر، والتطورات الجديدة في مجال الدراسات الاستقصائية المشتركة من خلال شبكة الإنترنت، وتحديد مصادر الحشد وشبكات الهواتف المحمولة (مثل يوشاهيدي) قد أنتجت أيضاً قواعد بيانات تتضمن معلومات ذات صلة.

٢- ***التقديرات الأولية***، يجري تنفيذها عادة في الساعات الأولى التالية لوقوع الكارثة، ويمكن أن تستند كلياً إلى حد كبير إلى المعلومات المتلقاة من الغير، والبيانات الموجودة من قبل. وهي أساسية للإبلاغ بشأن حاجات الإغاثة الفورية، ويتعين الاضطلاع بها وتشاطرها على الفور.

٣- ***مراحل التقديرات:*** يعرف التقدير بأنه عملية، وليس حدثا منفرداً. فالتقديرات العاجلة الأولية توفر الأساس للتقديرات المتعمقة التي تجرى لاحقاً (ولكن بدون تكرار) لتتعمق في نتائج التقدير المبكر. وينبغي مراعاة الحرص، إذ أن تكرار التقديرات بشأن شواغل الحماية الحساسة، مثل العنف القائم على نوع الجنس، يمكن أن تحدث ضرراً أكثر مما تجلبه من نفع بالنسبة للمجتمعات المحلية والأفراد.

٤- ***تصنيف البيانات:*** نادراً ما يمكن إجراء تصنيف مفصل في البداية، ولكنه أمراً ذا أهمية حاسمة لتحديد مختلف الحاجات والحقوق للأطفال والكبار من جميع الأعمار. وينبغي القيام في أقرب وقت ممكن بإجراء التصنيف بمزيد من التفصيل، حسب نوع الجنس والعمر للأطفال، وذلك على النحو التالي: صفر – ٥ سنوات ذكر/أنثى، ٦ سنوات – ١٢ سنة ذكر/أنثى، ١٣-١٧ سنة ذكر/أنثى، ومن ثم في الفئات العمرية لكل عقد، على سبيل المثال: ٥٠-٥٩ سنة ذكر/أنثى، ٦٠-٦٩ سنة ذكر/أنثى، ٧٠-٧٩ سنة ذكر/أنثى، ٨٠ سنة فأكثر ذكر/أنثى. وخلافاً للفئات العمرية المتعلقة بالفسيولوجيا في الفصل الخاص بالصحة، فإن هذه الفئات تعالج الخلافات المتعلقة بالعمر التي ترتبط بمجموعة من القضايا الحقوقية والاجتماعية والثقافية.

٥- ***التقديرات التمثيلية:*** وهي أن يغطي تقدير الحاجات **كافة** السكان المتضررين من الكوارث، ومن الضروري بذل جهود خاصة لتقدير حالة الناس في المناطق التي يصعب الوصول إليها، على سبيل المثال، الناس الذين لا يقيمون في المخيمات، أو من يقيمون في مناطق جغرافية يصعب الوصول إليها، أو يقيمون في ضيافة أسر أخرى. وينطبق الشيء نفسه بالنسبة للأشخاص الذين يصعب الوصول إليهم بسهولة وغالباً ما يكونون عرضة للمخاطر، مثل ذوي الإعاقة والمسنين ورهيني المنازل، والأفراد والأطفال والشباب الذين قد يكونون مستهدفين كأطفال مجنَّدين، أو يتعرضون للعنف القائم على نوع الجنس.



وتشمل مصادر المعلومات الأولية المراقبة المباشرة، ومناقشات فريق التركيز، والدراسات الاستقصائية، والمناقشات مع مجموعة واسعة من الناس والجماعات قدر الإمكان (مثل السلطات المحلية، والقادة المجتمعيين من الذكور والإناث، وكبار السن من الرجال والنساء، والعاملين في المجال الصحي، والمعلمين وغيرهم من العاملين في مجال التعليم والتوعية، والتجار، والوكالات الإنسانية الأخرى). وقد يكون التحدث علناً من الأمور الصعبة أو الحرجة بالنسبة لبعض الناس. ويستلزم الأمر التحدث مع الأطفال بشكل منفصل، إذ أنه من غير المرجح أن يتمكنوا من التحدث أمام الكبار، تجنباً للتعرض للخطر. وفي معظم الحالات، ينبغي التشاور مع النساء والفتيات في أماكن منفصلة. أما العاملون في مجال المعونة ممن يشاركون في جمع المعلومات بشكل منتظم بشأن ضحايا الاعتداء أو الانتهاكات، فينبغي أن تكون لديهم المهارات والنظم اللازمة للقيام بذلك بطرق مأمونة ومناسبة. وفي مناطق النزاعات، قد يساء استخدام المعلومات، الأمر الذي يعرض الناس لمزيد من المخاطر أو يضعف من قدرة الوكالة على العمل. ولذلك، فلا يجوز بدون الحصول على موافقة من الأفراد أن يجري تشاطر معلومات بشأنهم مع الوكالات الإنسانية الأخرى أو المنظمات ذات الصلة (انظر مبدأ الحماية رقم ١، في الصفحة رقم ٣١).

ولن يكون من الممكن القيام على الفور بتقدير كافة المتضررين: فينبغي مراعاة المناطق أو الجماعات التي لم تؤخذ في الاعتبار بوضوح في تقرير التقدير، والعودة إليها في أقرب وقت ممكن.

٦- ***تقييم مواطن الضعف:*** تتباين المخاطر التي يواجهها السكان في أعقاب وقوع كارثة ما باختلاف المجموعات والأفراد. فقد يكون بعض الناس عرضة للضعف بسبب العوامل الفردية مثل السن (لا سيما الصغار جداً والمسنين جداً) والمرض (لا سيما المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز). بيد أن العوامل الفردية وحدها لا تؤدي تلقائياً إلى زيادة المخاطر. ويمكن تقدير العوامل الاجتماعية والظرفية التي تساهم في الضعف، مثل التمييز والتهميش (مثل تدني وضع وقوة النساء

والفتيات)؛ والعزلة الاجتماعية والتدهور البيئي، وتغير المناخ، والفقر، والافتقار إلى حيازة الأراضي، وسوء الحكم، والأصل العرقي، والطبقة الاجتماعية، والانتماءات الدينية أو السياسية. وينبغي للتقديرات المتعمقة التي تجرى لاحقاً أن تحدد الأخطار المحتملة في المستقبل، مثل تغيير أنماط المخاطر بسبب التدهور البيئي (تآكل التربة أو إزالة الغابات) والتغير المناخي والجيولوجي (مثل الأعاصير والفيضانات والجفاف والانهيارات الأرضية وارتفاع منسوب مياه البحر).

٧- ***جمع البيانات والقوائم المرجعية:*** تشمل المعلومات تقديرات بشأن التحركات السكانية، وينبغي التحقق من الأعداد، والتثبت من صحتها، والإشارة المرجعية إليها بأكبر قدر ممكن من المراجع. وإذا لم يكن ممكناً القيام منذ البداية بإجراء تقديرات متعددة القطاعات، فيتعين إيلاء مزيد من الاهتمام بالروابط مع القطاعات الفردية الأخرى، وبالحماية والتقديرات المتشعبة. وتجدر الإشارة إلى أنه ينبغي منذ البداية ملاحظة مصادر البيانات ومستويات تصنيفها، وتوثيق مستويات الوفيات والإصابات المرضية بين الأطفال دون سن الخامسة. وهناك العديد من قوائم التقدير المرجعية المتاحة، تستند إلى معايير إنسانية متفق بشأنها (انظر القائمة المرجعية في المرفقات الملحقة ببعض الفصول التقنية). فالقوائم المرجعية تعزز اتساق البيانات وسهولة الحصول عليها بالنسبة للوكالات الأخرى، وتضمن فحص جميع المجـالات الرئيسية، وتحد من التحيز التنظيمي أو الفردي. وقد يمكن تطوير نماذج تقدير موحدة مشتركة بين الوكالات قبل وقوع الكارثة، أو الاتفاق بشأنها خلال الاستجابة. وفي جميع الحالات فإنه ينبغي للتقديرات أن توضح الأهداف والمنهجية التي يتعين اتباعها واستخدامها، وأن تولد معلومات غير متحيزة بشأن تأثير الأزمة على أولئك المتضررين. وينبغي استخدام مزيج من الأساليب الكمية والنوعية المناسبة لهذا السياق، كما أنه ينبغي تشكيل فرق الحصر والتقييم بحيث تضم قدر الإمكان مزيجاً من النساء والرجال، من المتخصصين وغير المتخصصين، ويشمل ذلك من لديهم مهارات في جمع بيانات تراعي الأمور الجنسانية والتواصل مع الأطفال. وينبغي للفرق أن تتضمن ناسٍ لديهم إلمام باللغة (اللغات) والأماكن، ولديهم قدرة على التواصل مع الناس بطرق مقبولة ثقافياً.

٨- ***تقدير القدرات:*** لدى المجتمعات المحلية قدرات على المواجهة والانتعاش (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١). وهناك آليات مواجهة عديدة، مستدامة ومفيدة، بينما قد يكون هناك بعض منها سلبي، مع احتمال وجود تبعات ضارة على المدى الطويل، مثل بيع الأصول، أو الانغماس بشدة في تعاطيٍ الكحول. وينبغي للتقديرات أن تحدد استراتيجيات إيجابية، تزيد من القدرة على الانتعاش، فضلاً عن الأسباب الكامنة وراء الاستراتيجيات السلبية.

٩- ***تقدير الوضع الأمني:*** ينبغي إجراء تقدير للأمن والسلامة بالنسبة للسكان المتضررين من الكوارث والسكان المضيفين، ويجري ذلك من خلال جميع التقديرات الأولية واللاحقة، لكي يتسنى تحديد التهديدات والانتهاكات وأي شكل من أشكال الإكراه والحرمان من الحاجات المعيشية الضرورية أو من حقوق الإنسان الأساسية (انظر مبدأ الحماية رقم ٣ في الصفحة رقم ٣٥).

١٠- ***تشاطر التقديرات:*** توفر تقارير التقديرات معلومات ثمينة للوكالات الإنسانية الأخرى، وتضع بيانات خط أساس، وتزيد من شفافية القرارات في مجـال الاستجابة. وبغض النظر عن التباينات فيما بين تصميمات فرادى الوكالات، فإنه يتعين أن تكون تقارير التقديرات واضحة وموجزة، وأن تمكن المستخدمين من تحديد أولويات العمل، ووصف منهجيتهم لإبراز موثوقية البيانات، وتمكن من إجراء تحليل مقارن إذا لزم الأمر.

المعيار الأساسي رقم ٤ : التصميم والاستجابة

تلبي الاستجابات الإنسانية حاجات السكان المتضررين من الكوارث التي تم تقديرها، وذلك فيما يتعلق بالسياق، وبالمخاطر التي يواجهونها، وبقدرة الدولة وهؤلاء السكان المتضررين على المواجهة والانتعاش.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تصميم البرنامج بناءً على إجراء تقدير غير متحيز للحاجات، والسياق، والمخاطر الموجودة، وقدرة السكان المتضررين (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧).
- تصميم البرنامج بحيث يلبي الحاجات التي يصعب أو يستحيل تلبيتها من جانب الدولة أو الأشخاص المتضررين (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ١).
- منح الأولوية للأعمال المنقذة للحياة التي تلبي الحاجات الأساسية العاجلة اللازمة للبقاء على قيد الحياة، في أعقاب وقوع الكارثة.



- تصنيف بيانات التقدير واستخدامها، وتحليل الطرق التي أثرت بها الكارثة في مختلف الأفراد والسكان، وتصميم البرنامج بما يلبي حاجاتهم الخاصة.
- تصميم الاستجابة بحيث تتيح للمستضعفين إمكانية الوصول الكاملة إلى المساعدة وخدمات الحماية (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٢).
- ضمان دعم نهج البرنامج وتصميمه لكافة جوانب كرامة الأفراد والسكان المتضررين (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١ والملاحظة الإرشادية رقم ٣).
- تحليل كافة العوامل الظرفية التي تزيد من مواطن ضعف الناس، وتصميم البرنامج بحيث يحد تدريجياً من مواطن الضعف تلك (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧ والملاحظة الإرشادية رقم ٤).
- تصميم البرنامج بحيث يقلل من المخاطر المحدقة بالناس، التي تؤدي إلى تأجيج النزاع أو خلق حالة من انعدام الأمن أو خلق فرص الاستغلال والإساءة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٥ ومبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١).
- سد الفجوة تدريجياً بين الظروف المعيشية التي تم تقديرها والمعايير الدنيا لمشروع "اسفير"، وذلك بتلبية مؤشرات "اسفير" أو تجاوزها (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).
- تصميم البرامج التي تعزز الانتعاش المبكر، وتحد من المخاطر، وتعزز قدرة السكان المتضررين على تفادي آثار الأخطار في المستقبل، أو تقليلها أو الحد منها، أو مواجهتها بشكل أفضل (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٧).

- القيام باستمرار بتكييف البرنامج للحفاظ على صلته بالوضع وملاءمته (انظر المعيار الأساسي رقم ٥ في الصفحة رقم ٦٤).
- تعزيز الانتعاش المستدام من خلال التخطيط لاستراتيجيات الخروج وإبلاغها إلى السكان المتضررين أثناء المراحل الأولى من تنفيذ البرنامج.

المؤشرات الرئيسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- استناد البرنامج في تصميمه إلى تحليل الحاجات والمخاطر الخاصة التي تواجهها مجموعات مختلفة من الناس.
- تصميم البرنامج بحيث يعالج الفجوة بين حاجات الناس من ناحية، وقدرتهم أو قدرة دولهم على تلبيتها من ناحية أخرى.
- تنقيح تصميمات البرنامج لكي تجسد التغيرات في السياق والمخاطر، وحاجات الناس وقدراتهم.
- تصميم البرنامج بحيث يتضمن تدابير للحد من مواطن ضعف الناس أمام المخاطر المستقبلية، وزيادة قدرتهم على إدارة مواطن الضعف ومواجهتها.

الملاحظات الإرشادية

١- ***دعم القدرات الحالية:*** تتجسد أولوية دور الدولة ومسؤوليتها في تقديم المساعدة في التوقيت المناسب، وحماية أولئك المتضررين (انظر الفقرة رقم ٢ من الميثـاق الإنساني في الصفحة رقم ١٨)، والقيام بالتدخل إذا كان السكان المتضررون و/أو الدولة لا يملكون القدرة الكافية للاستجابة (ولا سيما فيما يتعلق بالاستجابة المبكرة)، أو إذا كانت الدولة أو السلطات المسيطرة تقوم بالتمييز ضد فئات معينة من الناس و/أو المناطق المتضررة. وفي جميع الحالات، فإن حجم الاستجابة الإنسانية ونوعها يسترشدان بقدرات الدولة ونواياها تجاه جميع أفراد السكان المتضررين.

٢- ***إمكانية الحصول على المساعدة:*** تُقدم المساعدة للمحتاجين إليها بدون أدنى تمييز (انظر مبدأ الحماية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٤)، فحصول السكان على المساعدة واستعمالهم لها واستفادتهم منها يزداد بتوفير المعلومات في التوقيت المناسب، وبتصميم البرامج بما يتوافق مع حاجاتهم الخاصة بما يراعي ثقافتهم وسلامتهم (على سبيل المثال، طوابير منفصلة للمسنين، أو النساء اللاتي يحضرن مع الأطفال لتلقي توزيعات الطعام). ويتعزز ذلك بمشاركة النساء والرجال والفتيات والفتيان من جميع الأعمار، كما تتزايد إمكانية الاستفادة باستخدام معايير استهداف وعمليات مصممة بعناية، ويجري إبلاغها على نطاق واسع، ويفهمها المجتمع المحلي، ويجري رصدها بصورة منتظمة. وتتولى التدابير المبينة في الفصول التقنية تسهيل الوصول المنصف من خلال تصميم مدروس، مثل تحديد مواقع المرافق في مناطق آمنة،... إلخ.

٣- ***إرساء مبدأ الحياة بكرامة*** هو ضمان الحصول على الخدمات الأساسية، والأمن والاحترام لحقوق الإنسان (انظر الميثـاق الإنساني صفحة رقم ١٧). وبالمثل، فإن **الطريقة** التي يتم بها تنفيذ الاستجابة الإنسانية تؤثر بقوة في كرامة ورفاه السكان المتضررين من الكوارث. أما نهوج البرنامج التي تحترم القيمة الجوهرية لكل فرد، وتدعم هويتهم الدينية والثقافية، وتشجع المساعدة الذاتية

المجتمعية، وتشجع شبكات الدعم الاجتماعي الإيجابية، تساهم كلها في الرفاه النفسي الاجتماعي، وتشكل عنصراً أساسياً لحق الشعب في الحياة بكرامة.

٤- ***السياق ومواطن الضعف:*** تزداد قابلية الناس للتأثر بالكوارث بالعوامل الاجتماعية، والسياسية، والثقافية، والاقتصادية، والنزاعات، والبيئة الطبيعية، كما يمكن للتغيرات في السياق أن تخلق مستضعفين جدد (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧). وقد يواجه المستضعفون عدداً من العوامل في وقت واحد (على سبيل المثال المسنين المنتمين إلى فئات عرقية مهمشة). وينبغي تحليل التفاعل بين العوامل الشخصية والظرفية التي تزيد من المخاطر، كما ينبغي تصميم برامج لمعالجة تلك المخاطر والتخفيف منها، وكذلك استهداف حاجات المستضعفين.



٥- ***حساسيات النزاع:*** قد تنطوي المساعدة الإنسانية على آثار سلبية غير مقصودة، فالمعونة التي تتضمن موارد ثمينة قد تزيد من مخاطر التعرض للاستغلال والانتهاك، الأمر الذي يؤدي إلى التنافس للحصول على المساعدات، أو سوء استخدامها، أو اختلاسها. وقد تستخدم المجاعة كسلاح في الحرب (على سبيل المثال، إخلاء المنطقة من سكانها عمداً، أو نقل الأصول قسراً). وقد تؤثر المعونة سلباً على السكان على نطاق أوسع، وتضخم من علاقات القوة غير المتكافئة بين مختلف الفئات، بما في ذلك الرجال والنساء، ومن خلال التحليل والتصميم الدقيقين، يمكن تقليل احتمال أن تؤدي المساعدة إلى تزايد النزاعات وانعدام الأمن (بما في ذلك أثناء الكوارث الطبيعية). ويستلزم الأمر تصميم البرامج بما يكفل توزيع المعونة توزيعاً عادلاً، واستهداف المستفيدين منها استهدافاً غير متحيز. إن احترام سرية المعلومات الشخصية يكفل حماية سلامة الناس وكرامتهم، على سبيل المثال، وصم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز بالعار؛ حتمية ضمان سلامة الناجين من انتهاكات حقوق الإنسان، وتقديم المساعدة إليهم في سرية (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧).

٦- ***تلبية المعايير الدنيا لمشروع "اسفير":*** يعتمد الوقت اللازم لتحقيق المعايير الدنيا لمشروع "اسفير" على السياق: فهو يتأثر بالموارد، وإمكانية الوصول، وانعدام الأمن، ومستويات المعيشة في المنطقة قبل وقوع الكارثة، وقد ينشأ توتر عند حصول السكان المتضررين على مستوى من المعايير بما يتجاوز ما هو موجود لدى الفئات السكانية المضيفة و/أو السكان على نطاق أوسع، أو بما يؤدي إلى تفاقم أوضاعهم. ويتعين تطوير استراتيجيات للحد من الفوارق والمخاطر، على سبيل المثال، التخفيف من أي آثار سلبية لعملية الاستجابة على البيئة الطبيعية والاقتصاد، والمناصرة من أجل تحسين الأوضاع المعيشية للفئات السكانية المضيفة. ولذلك، فإن الأمر يستلزم زيادة نطاق الاستجابة لتشمل الفئات السكانية المضيفة أينما ومتى كان ذلك ممكناً.

٧- ***الانتعاش المبكر والحد من المخاطر:*** إن التدابير المتخذة في أقرب وقت ممكن من أجل تعزيز القدرات المحلية، والعمل مع الموارد المحلية وخدمات الانتعاش، والتوعية، والأسواق وسبل كسب العيش، ستعزز من الانتعاش الاقتصادي المبكر، وقدرة الناس على إدارة المخاطر بعد انتهاء مرحلة المساعدة الخارجية (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١). وعلى أقل تقدير، فإنه ينبغي للاستجابة الإنسانية ألا تضر أو تخل بجودة الحياة للأجيال المقبلة، وألا تسهم عن غير قصد في الأخطار في المستقبل (على سبيل المثال، من خلال إزالة الغابات، واستخدام الموارد الطبيعية استخداماً يؤدي إلى نضوبها).

وبمجرد أن تستقر الأمور بالنسبة للتهديدات المباشرة التي تواجه الحياة، فيتعين إجراء تحليل للمخاطر القائمة والمحتملة (المتعددة) في المستقبل (مثل تلك المخاطر الناجمة عن تغير المناخ). ويتعين التصميم بحيث يحد من المخاطر في المستقبل، على سبيل المثال، يمكن انتهاز الفرص خلال الاستجابة من أجل الاستثمار في الحد من المخاطر و"إعادة بناء مجتمع أكثر أمناً". ومن الأمثلة على ذلك بناء منازل مقاومة للزلازل والأعاصير، وحماية الأراضي الرطبة التي تمتص العواصف، ودعم تطوير السياسات والمبادرات المجتمعية في مجـال الإنذار المبكر والتأهب للكوارث.

المعيار الأساسي رقم ٥ : الأداء والشفافية والتعلم

يجري باستمرار فحص أداء الوكالات الإنسانية والتواصل بشأنها مع أصحاب المصلحة . ويجري تكييف المشاريع في ضوء الأداء .

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- إنشاء آليات منهجية بسيطة، تشاركية وفي التوقيت المناسب، وذلك لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق جميع ما هو ملائم من معايير "اسفير" والمبادئ المعلنة للبرنامج، ومخرجاته وأنشطته (انظر الملاحظة الإرشادية رقم١).
- وضع آليات أساسية لرصد الأداء العام للوكالة فيما يتعلق بإدارتها ونظم مراقبة الجودة لديها (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٢).
- رصد النتائج، والتأثير المبكر حيثما أمكن، فيما يتعلق بالاستجابة الإنسانية على السكان المتضررين والسكان عموماً على النطاق الأوسع (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٣).
- وضع آليات منهجية لتكييف استراتيجيات البرنامج على خلفية رصد البيانات، والحاجات المتغيرة، والسياق المتطور (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٤).
- القيام دورياً بإجراء دراسة وتمارين للتعلم طوال مدة تنفيذ الاستجابة.
- إجراء تقييم نهائي، أو أي شكل آخر من أشكال الاستعراض الموضوعي للتعلم بالنسبة للبرنامج، مع الإشارة إلى أهدافه ومبادئه المعلنة، والمعايير الدنيا المتفق عليها (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٥).
- المشاركة في مبادرات تعلم تعاونية أو مشتركة بين الوكالات أو غير ذلك، حيثما أمكن ذلك.
- تشاطر نتائج الرصد الرئيسية وكذلك نتائج التقييم وعمليات التعلم الرئيسية الأخرى عند الاقتضاء، مع السكان المتضررين، والسلطات ذات الصلة، وجماعات التنسيق، وذلك بأسلوب يراعي التوقيتات المناسبة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).

المؤشرات الرئيسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تكييف البرامج في ضوء رصد المعلومات والدروس المستفادة.
- رصد وتقييم مصادر تشمل آراء عدد من الأشخاص الذين يمثلون الفئات التي تستهدفها عمليات الاستجابة، والمجتمع المحلي المضيف إذا كان يختلف في سياقه عن الفئات المستهدفة.
- القيام بشكل دوري بتشاطر معلومات دقيقة، محدثة، غير سرية بشأن التقدم المحرز، وذلك مع الناس الذين تستهدفهم عمليات الاستجابة والجهات ذات الصلة سواءً كانت من السلطات المحلية أو الوكالات الإنسانية الأخرى.
- رصد الأداء بانتظام، فيما يتعلق بكافة المعايير الأساسية والمعايير التقنية ذات الصلة ضمن إطار المعايير الدنيا لمشروع "اسفير" (ومعايير الأداء ذات الصلة سواءً كانت عالمية أو صادرة عن وكالات)، والنتائج الرئيسية التي يجري تشاطرها مع أصحاب المصلحة الرئيسيين (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).
- قيامٍ الوكالات باستمرار بإجراء تقييم موضوعي أو استعراض للتعلم بشأن استجابة إنسانية كبيرة، وفقاً لمعايير معترف بها في مجال ممارسة التقييم (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).



الملاحظات الإرشادية

١- ***إجراء رصد*** يقارن النوايا بالنتائج المحققة. ويقيس التقدم المحرز مقابل أهداف المشروع ومؤشراته، وتأثيره كذلك في مواطن الضعف والسياق. وتستخدم معلومات الرصد في توجيه تنقيحات المشروع، والتحقق من معايير الاستهداف، وما إذا كانت المعونة تصل إلى الناس المقصودين بها. كما أن الرصد يمكن صناع القرار من الاستجابة لأصداء المجتمعات المحلية وردود أفعالها، وتحديد المشاكل والاتجاهات الناشئة. كما أنه يتيح الفرصة للوكالات لتوفير المعلومات وجمعها أيضاً. ويؤدي الرصد الفعَّال إلى اختيار الأساليب التي تناسب البرنامج والسياق بشكل محدد، والجمع بين البيانات الكمية والنوعية حسب الاقتضاء، والحفاظ على اتساق السجلات. وتزداد المساءلة عن السكان المتضررين بالانفتاح والاتصال (الشفافية) بشأن رصد المعلومات. كما أن الرصد الذي يضطلع به السكان أنفسهم يعزز من الشفافية والجودة وملكية الناس للمعلومات. إن الوضوح بشأن القصد من استخدام البيانات ومن مستخدميها، من شأنه أن يحدد ما هي البيانات التي يتعين جمعها وكيفية تقديمها. ويتعين عرض البيانات في شكل موجز يمكن الوصول إليه، يسهل التشاطر وصنع القرار.

٢- لا يقتصر ***أداء الوكالة*** على قياس مدى الإنجازات التي يحققها برنامجها، وإنما يغطي مهمة الوكالة بشكل عام – وما تحرزه من تقدم فيما يتعلق بجوانب مثل علاقاتها مع المنظمات الأخرى، والتزامها بالممارسات السليمة في المجال الإنساني، وقواعدها ومبادئها، وفعالية وكفاءة نظمها الإدارية. ويمكن استخدام نهوج لتوكيد الجودة مثل *بوصلة الجودة "كواليتي كومباس"* الصادرة عن مجموعة (الطوارئ، وإعادة التأهيل، والتنمية) لتقدير أداء الوكالة بشكل عام.

٣- ***رصد التأثير:*** يتزايد النظر إلى تقدير التأثير (الآثار جميعها للتدخلات في الأجلين القصير والمتوسط، سواءً كانت إيجابية أو سلبية، مقصودة أو غير مقصودة) باعتباره أمراً ممكناً وأساسياً من أجل الاستجابة الإنسانية. فتقدير التأثير يعد مجـالاً ناشئاً هاماً، إذ يربط مساهمات إنسانية معينة بالتغيرات في الفئات السكانية، والسياق المعقد والمتشابك. والسكان المتضررون هم أفضل من يحكم على التغييرات التي تطرأ على حياتهم، وبالتالي فإن النتيجة وتقدير التأثير يجب أن يتضمنا انطباعات وتعليقات الناس، والاستماع بشكل متفتح وغير ذلك من نهوج المشاركة النوعية، فضلاً عن النهوج الكمية.

٤- ***الحفاظ على الملاءمة:*** يتعين إجراء الرصد بشكل دوري للتحقق من استمرارية البرنامج في ملاءمته للسكان المتضررين. وينبغي للنتائج أن تؤدي إلى إجراء تنقيحات على البرنامج حسب الاقتضاء.

٥- ***طرق فحص الأداء:*** هناك نهوج متنوعة تناسب مختلف أغراض الأداء والتعلم والمساءلة، ويمكن استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب تتضمن الرصد والتقييم، وتقدير التأثير تقديراً تشاركياً، وجلسات الاستماع، وأدوات توكيد الجودة، والمراجعة، والدروس المستفادة داخلياً، وجلسات التأمل.

وعادة ما تجري تقييمات البرنامج في نهاية الاستجابة، تصدر عنها توصية بالتغييرات اللازمة في السياسات التنظيمية والبرامج المستقبلية. كما يمكن الاضطلاع برصد الأداء والتقييم "في وقت وقوع الأحداث" خلال عملية الاستجابة، الأمر الذي يؤدي إلى وقوع تغييرات فورية في السياسة وفي الممارسة. وعادة ما يجري الاضطلاع بعمليات التقييم بواسطة مقيِّمين مستقلين خارجيين، بيد أن الموظفين الداخليين يمكنهم أيضاً المشاركة في إجراء تقييم البرنامج إذا ما انتهجوا نهجاً موضوعياً، وهذا يعني عادة موظفي الوكالة الذين لم يشاركوا في الاستجابة بأنفسهم. ويستخدم التقييم الإنساني مجموعة من ثمانية أضلاع معروفة باسم معايير "داك" (لجنة المساعدة الإنمائية)، التي تتضمن ما يلي: الصلة، الملاءمة، الترابط، التماسك، التغطية، الكفاءة، الفعالية، والتأثير.

٦- ***الأداء القطاعي:*** إن تشاطر المعلومات بشأن التقدم المحرز لدى كل وكالة فيما يتعلق بتحقيق المعايير الدنيا لمشروع "اسفير" مع مجموعات التنسيق، يدعم رصد عملية الاستجابة بكاملها، ويخلق مصدراً قيماً لبيانات الأداء على نطاق القطاع.

المعيار الأساسي رقم ٦ : أداء العاملين في مجال المعونة

توفر الوكالات الإنسانية إدارة مناسبة، ودعماً إشرافياً ونفسياً اجتماعياً، الأمر الذي يؤدي إلى تمكين العاملين في مجال المعونة من اكتساب المعرفة والمهارات والسلوكيات والمواقف اللازمة للتخطيط من أجل استجابة إنسانية فعالة، والقيام بتنفيذها بما يحفظ الإنسانية والاحترام.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- إتاحة تدريبات قيادية كافية للمدرين وجعلهم على إلمام بالسياسات والموارد الرئيسية، لكي يتسنى تحقيق إدارة فعالة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ١).
- وضع إجراءات توظيف منهجية ونزيهة وشفافة، لجذب أكبر عدد ممكن من المرشحين المؤهلين (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٢).
- توظيف الفرق بما يأخذ بعين الاعتبار حفظ التوازن بين الرجال والنساء، والمجموعات العرقية، والأعمار، والخلفية الاجتماعية، بحيث يضم الفريق تنوعاً يتناسب مع الثقافة والسياق المحليين.



- توفير عاملين في مجال المعونة (من الموظفين والمتطوعين والخبراء الاستشاريين على الصعيدين الوطني والدولي) مع التوجيه الكافي في التوقيت المناسب، وجلسات الإحاطة، وخطوط الإبلاغ الواضحة، والتوصيفات الوظيفية المحدثة، لتمكينهم من فهم مسؤولياتهم وأهداف العمل والقيم التنظيمية والسياسات والسياقات المحلية الرئيسية.
- وضع إرشادات أمنية وإرشادات بشأن عمليات الإجلاء، وسياسات صحية، وسياسات في مجال السلامة، وإحاطة العاملين في مجال المعونة بذلك، قبل بدء عملهم مع الوكالة.
- ضمان أن العاملين في مجال المعونة يمكنهم الحصول على الرعاية الطبية والدعم النفسي الاجتماعي.
- وضع مدونات لقواعد السلوك الشخصي من أجل العاملين في مجال المعونة، تحمي الناس المتضررين من الكوارث من الانتهاكات الجنسية، والفساد، والاستغلال، وغير ذلك من أشكال الانتهاكات لحقوق الإنسان. وتشاطر هذه القواعد مع الناس المتضررين من الكوارث (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٣).
- تعزيز ثقافة احترام السكان المتضررين (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٤).
- وضع إجراءات للتظلم، واتخاذ التدابير التأديبية المناسبة ضد أي عامل في مجال المعونة عقب ثبوت انتهاك لمدونة قواعد السلوك الوكالة.
- إجراء تقييمات منتظمة للموظفين والمتطوعين، وتوفير أصداء بشأن الأداء فيما يتعلق بأهداف العمل، والمعارف، والمهارات، والسلوك، والمواقف.
- دعم العاملين في مجال المعونة لإدارة عبء عملهم، وتقليل الإجهاد الواقع عليهم (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٥).

- تمكين الموظفين والمديرين من القيام معاً بتحديد فرص التعلم والتطوير المستمرين (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).
- تقديم الدعم المناسب لمساعدة العاملين في مجـال المعونة، ممن واجهوا أو شهدوا أحداثاً مفجعة للغاية (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٧).

المؤشرات الرئيسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- إظهار الاستعراضات التي تجرى لأداء الموظفين والمتطوعين لمستويات من الكفاءة الكافية فيما يتعلق بمعارفهم ومهاراتهم ومواقفهم وسلوكياتهم، ومسؤولياتهم المنصوص عليها في توصيف وظائفهم.
- معاقبة من يقوم من العاملين في مجـال المعونة بخرق قواعد السلوك التي تمنع السلوكيات الفاسدة والمسيئة معاقبة رسمية.
- تجسيد سياسة الوكالة وممارستها لمبادئ مدونة الممارسة السليمة لمبادرة الناس والمعونة، أو ما يشابه ذلك.
- ثبوت معدلات إصابة العاملين في مجـال المعونة بالإعياء والإصابات والمشاكل الصحية المرتبطة بالإجهاد، أو انخفاضها على مدى عملية الاستجابة للكوارث.

الملاحظات الإرشادية

١- ***الممارسات الإدارية السليمة:*** ينبغي لنظم إدارة الموارد البشرية أن تعتمد على الوكالة والسياق، بينما ينبغي للمديرين والمشرفين أن يكون لديهم إلمام بمدونة الممارسة السليمة لدى مبادرة السكان والمعونة، التي تتضمن سياسات وإرشادات من أجل التخطيط والتوظيف والإدارة والتطوير والدروس المستفادة، وانتقال الإدارة في نهاية العقد، ويضاف إلى ذلك الانتشار بالنسبة للوكالات الدولية.

٢- يتعين أن تكون ***إجراءات التوظيف*** علنية ومفهومة لجميع الموظفين والمتقدمين لشغل الوظائف، فمثل هذه الشفافية تتضمن تطوير توصيف الوظائف لكل وظيفة ذات صلة، وتشاطر التحديثات بشأنها، ومن الأمور الأساسية القيام بتشكيل فرق متنوعة ومختصة. فالفرق الموجودة يمكنها أن تزيد من ملاءمتها وتنوعها من خلال تعيينات جديدة حسب الاقتضاء. وقد يؤدي التوسع العاجل في التوظيف إلى تعيين أعضاء في الفريق ممن يفتقرون إلى التجربة، الأمر الذي يستلزم دعمهم بموظفين من ذوي التجربة.

٣- إن ***إدارة العاملين في مجال المعونة*** للموارد الثمينة للمعونة، والقيام بتخصيصها، أمراً يكسبهم سلطة فوق السكان المتضررين من الكوارث. ومثل هذه السلطة على الناس المستمدة من المساعدة، وعلى أولئك الذين اختلت أو تدمرت شبكاتهم الاجتماعية للحماية، يمكن أن تؤدي إلى الفساد وسوء المعاملة. فكثيراً ما تجبر النساء وكذلك الأطفال وذوو الإعاقة على الانصياع للاعتداءات الجنسية. فيجب حظر مقايضة النشاط الجنسي بالمساعدة الإنسانية أو الحماية. ولا ينبغي لأي فرد مرتبط بالاستجابة الإنسانية (العاملون في مجال المعونة والجيش، وموظفو الدولة أو القطاع الخاص) أن يكون طرفاً في الانتهاكات أو الفساد أو الاستغلال الجنسي. كما يحظر العمل القسري للبالغين أو الأطفال، والاستخدام غير المشروع للعقاقير، والاتجار في السلع والخدمات الإنسانية بواسطة أولئك المتصلين بالتوزيع.

٤- ***ينبغي للعاملين في مجال المعونة احترام*** قيم السكان المتضررين من الكوارث وكرامتهم، وتفادي السلوكيات غير المقبولة لهم ثقافياً (مثل اللباس غير مناسب).

٥- ***كثيراً ما تطول فترات عمل العاملين في مجال المعونة لساعات طويلة*** في ظروف خطرة ومرهقة. وتتحمل الوكالة واجب توفير الرعاية للعاملين لديها، ويتضمن ذلك تدابير ترمي إلى تعزيز رفاههم وتجنب إرهاقهم بالعمل لمدة طويلة، والإصابات أو الإعياء. ويتحتم على المديرين جعل العاملين في مجال المعونة على دراية بالمخاطر، وحمايتهم من التعرض لمخاطر لا داعي لها، التي تواجه صحتهم البدنية والعاطفية من خلال، على سبيل المثال، الإدارة الأمنية الفعالة، وأخذ ما يكفي من الراحة والاستجمام، والدعم النشط من أجل العمل لساعات معقولة، والحصول على الدعم النفسي. ويمكن للمديرين تعزيز واجب توفير الرعاية من خلال نماذج الممارسات السليمة، والالتزام بالسياسة التزاماً شخصياً. كما أنه من الضروري أن يتحمل العاملون في مجال المعونة المسؤولية الشخصية عن إدارة رفاههم.



٦- ***في المرحلة الأولية من وقوع الكارثة***، قد تعاني تنمية قدرات الموظفين من القيود، ومع مرور الوقت، فمن خلال استعراضات للأداء وردود الفعل والتعليقات من قبل الموظفين، ينبغي للمديرين تحديد مجالات التعلم والتنمية، ودعم تلك المجالات. كما يوفر التأهب للكوارث فرصاً لتحديد الكفاءات المتصلة بالشؤون الإنسانية وتطويرها.

٧- يتعين أن تكون ***الإسعافات الأولية النفسية*** متاحة على الفور للعاملين ممن تعرضوا أو شهدوا أحداثاً مفجعة (انظر الخدمات الصحية الأساسية – ومعيار الصحة العقلية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١٨ والمراجع والمزيد من المطالعات)، فجلسات استخلاص المعلومات النفسية غير فعالة، ولا يتعين توفيرها.

المراجع والمزيد من المطالعات

مصادر الفصل

الاستجابة الإنسانية التي تراعي قدرات السكان

مشروع بناء القدرات في حالات الطوارئ (٢٠٠٧)، قياس التأثير والمساءلة في حالات الطوارئ: دليل أدوات الجودة الكافية، أوكسفام للنشر. أكسفورد.
www.oxfam.org.uk/publications

الشراكة الدولية في المساءلة الإنسانية (تصدر قريباً)، معيار المساءلة وإدارة الجودة. جنيف.
www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٧)، وإرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعنية بالصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ. جنيف.

التنسيق والتعاون

المنبر الإنساني العالمي (٢٠٠٧)، والمبادئ الإنسانية العالمية للشراكة. بيان التزام أقره المنبر الإنساني العالمي. جنيف.
www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٨)، ملاحظات إرشادية بشأن نهج التكتل لتعزيز الاستجابة الإنسانية. جنيف.

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، نهج التكتلات العالمي:
http://oneresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات ومكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (٢٠٠٨)، والإرشادات المدنية-العسكرية والمرجع لحالات الطوارئ المعقدة. نيويورك.
http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines

مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (٢٠٠٧)، الإرشادات المعنية باستخدام القوات العسكرية الأجنبية وأصول الدفاع المدني في الإغاثة في حالات الكوارث – "إرشادات أوسلو". الإصدار ١-١. جنيف.
http://ochaonline.un.org/cmcs

التقدير

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٣)، ملاحظات إرشادية بشأن التقدير العاجل الأولي على المستوى القطري. جنيف.
www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (تصدر قريباً)، إرشادات تشغيلية لتقدير الحاجات صادرة عن الفريق المخصص لتقدير الحاجات

جمع المعلومات وتشاطرها استناداً إلى شبكة "يوشاهيدي" لخدمات الهاتف المحمول:
www.ushahidi.com

التصميم والاستجابة

اتحاد (كونسورتيوم) حساسية النزاعات: www.conflictsensitivity.org/

أدوات وتوجيه بشأن الانتعاش المبكر:
http://oneresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٦)، النساء والفتيات والفتيان والرجال: الحاجات المختلفة – تكافؤ الفرص (دليل مراعاة الأمور الجنسانية في العمل الإنساني). جنيف.
http://oneresponse.info/crosscutting/gender/Pages/Gender.aspx

اتحاد (كونسورتيوم) بروفنشن (٢٠٠٧)، الملاحظة الإرشادية رقم ٩ بشأن تحليل مواطن الضعف والقدرات. جنيف.
www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN9.pdf

الاستراتيجية الدولية للأمم المتحدة من أجل الحد من الكوارث (٢٠٠٥)، إطار عمل هيوغو ٢٠٠٥-٢٠١٥: بناء قدرة الأمم والمجتمعات المحلية على التعافي من آثار الكوارث. جنيف.
www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf

الأداء والشفافية والتعلم

شبكة التعلم النشط من أجل المساءلة والأداء في العمل الإنساني (٢٠٠٩)، الاستعراض الثامن للعمل الإنساني. معهد التنمية فيما وراء البحار. لندن. www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

مشاريع التعلم التعاوني (٢٠٠٧)، مشروع الاستماع. كامبريدج، ماساشوستس
www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

بوصلة الجودة "كواليتي كومباس " الصادرة عن مجموعة (الطوارئ، وإعادة التأهيل، والتنمية)
www.compasqualite.org/en/index/index.php

منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (١٩٩٩)، توجيهات لتقييم المساعدة الإنسانية في حالات الطوارئ المعقدة. باريس.
www.oecd.org/dac

أداء العاملين في مجال المعونة

الناس والمعونة (٢٠٠٣)، مدونة الممارسة السليمة لمبادرة الناس والمعونة المعنية بإدارة العاملين في مجال المعونة ودعمهم. لندن. http://peopleinaid.org

منظمة الصحة العالمية، وورلد فيجن الدولية، ومؤسسة مصابي الحروب (تصدر قريباً)، دليل الإسعافات الأولية النفسية. جنيف. /www.who.int/mental_health/emergencies/en

مزيد من المطالعات

التقدير والاستجابة

مكتب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي (٢٠٠٨)، إرشادات بعثة التقدير المشتركة. الطبعة الثانية. روما. www.unhcr.org/45f81d2f2.html

الأطفال

العمل من أجل حقوق الطفل (٢٠٠٩)، www.arc-online.org/using/index.html

شبكة الآيني ومشروع "اسفير" (2009)، دمج التوعية ذات الجودة في الاستجابة لحالات الطوارئ من أجل المساءلة الإنسانية: الترافق بين مشروع "اسفير" وشبكة الآيني. جنيف.

الإعاقة

اللجنة النسائية للاجئات والأطفال اللاجئين (٢٠٠٨)، الإعاقة فيما بين اللاجئين والسكان المتضررين من النزاع: مجموعة أدوات مرجعية للعاملين الميدانيين. نيويورك.
www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

المنظمة الدولية لذوي العاهات، القائمة المرجعية لذوي الإعاقات من أجل الاستجابة لحالات الطوارئ.
www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

البيئة

برنامج الأمم المتحدة المشترك للبيئة، ووحدة البيئة التابعة لمكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية www.reliefweb.int/ochaunep

كيلي، سي (٢٠٠٥)، إرشادات من أجل التقدير العاجل للتأثير البيئي في حالات الكوارث. مركز بنفيلد لبحوث المخاطر، كلية لندن الجامعية، ومنظمة كير الدولية. لندن.

مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة كير الدولية (٢٠٠٥)، إطار من أجل التقدير والرصد والتقييم البيئي في العمليات المتعلقة باللاجئين: أدوات عمل للممارسين والمديرين للمساعدة على تقدير ورصد وتقييم الظروف البيئية، وذلك باستخدام النهوج التشاركية بشكل أساسي. جنيف. www.unhcr.org/4a97d1039.html

مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والاتحاد الدولي لحفظ الطبيعة. ٢٠٠٥. إرشادات بيئية صادرة عن مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. جنيف. www.unhcr.org/3b03b2a04.html

الأمور الجنسانية

سياسة برنامج الأغذية العالمي الصادرة عن برنامج الأغذية العالمي (٢٠٠٩). www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

الأمور الجنسانية وشبكة الكوارث: http://gdnonline.org

فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠١٠)، إرشادات لمعالجة فيروس نقص المناعة البشرية في الظروف الإنسانية. جنيف.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=9

المسنون

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (٢٠٠٨)، المسنون والعمل الإنساني – موجز أساسي للجهات الفاعلة في المجال الإنساني. جنيف.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-common&tempid=94

الرابطة الدولية لمساعدة المسنين: www.helpage.org

معهد التنمية فيما وراء البحار (٢٠٠٥)، ورقة شبكة رقم ٥٣: مساعدة المسنين وحمايتهم في حالات الطوارئ. لندن.
www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

الأداء والرصد والتقييم

الاستعراض السنوي لشبكة التعلم النشط من أجل المساءلة والأداء في العمل الإنساني (٢٠٠٣)، *العمل الإنساني: تحسين الرصد لتعزيز المساءلة والتعلم*. لندن. www.alnap.org

شبكة التعلم النشط من أجل المساءلة والأداء في العمل الإنساني (٢٠٠٩)، والتقييمات في وقت وقوع الأحداث للعمل الإنساني (النسخة التجريبية). لندن. www.alnap.org

كاتلي، إيه وآخرون. (٢٠٠٨)، التقدير التشاركي للتأثير. مركز فينشتاين الدولي، جامعة تافتس.
https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment

الكتاب المصاحب لبوصلة الجودة "كواليتي كومباس" الصادرة عن مجموعة (الطوارئ، وإعادة التأهيل، والتنمية)
www.compasqualite.org/en/index/index.php

منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (١٩٩٩)، توجيهات لتقييم المساعدة الإنسانية في حالات الطوارئ المعقدة. باريس. www.oecd.org/dac

كما يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات عن التقييم (بما في ذلك نماذج تدريبية) ونهوج للتعلم على الموقع الخاص بشبكة التعلم النشط من أجل المساءلة والأداء في العمل الإنساني: www.alnap.org

الاستهداف

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، تقرير عام ٢٠٠٣ عن الكوارث في العالم – الفصل رقم ١: الأخلاقيات الإنسانية في حالات الكوارث والحروب.
www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

الاستراتيجية الدولية للأمم المتحدة من أجل الحد من الكوارث (٢٠٠١)، مكافحة الكوارث، استهداف مواطن الضعف. جنيف.
www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf

المعايير الدنيا
في مجال الإمداد
بالماء والإصحاح
والنهوض بالنظافة



كيفية استعمال هذا الفصل

ينقسم هذا الفصل إلى سبعة أجزاء رئيسية هي:

الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة

النهوض بالنظافة

الإمداد بالماء

التخلص من الفضلات العضوية

مكافحة نواقل الأمراض

معالجة النفايات الصلبة

الصرف الصحي .

ينبغي مراعاة مبادئ الحماية والمعايير الأساسية دائما عند استعمال هذا الفصل.

لقد وضعت المعايير الدنيا، في المقام الأول، لتوجيه الاستجابة الإنسانية في حالات الكوارث. ويمكن الاستعانة بها أيضا في مجـال التأهب للكوارث وفي مرحلة الانتعاش وإعادة البناء.

ويضم كل جزء من أجزاء هذا الفصل العناصر التالية:

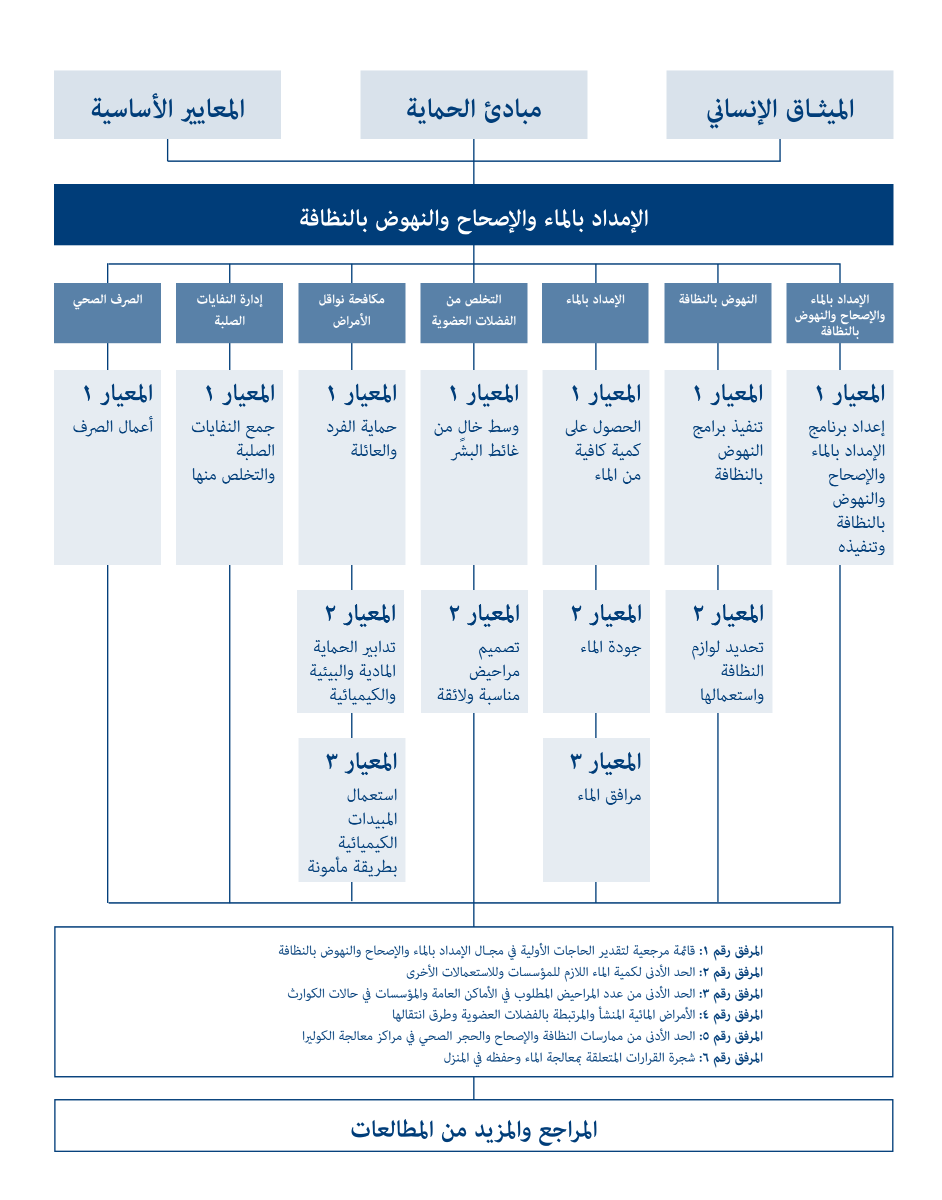
- **المعايير الدنيا:** هي معايير نوعية بطبيعتها تحدد المستويات الدنيا للجودة التي يراد بلوغها في مجـال الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة.
- **التدابير الأساسية:** هي أنشطة ومدخلات مقترحة تساعد على الوفاء بالمعايير الدنيا.
- **المؤشرات الأساسية:** هي «علامات» تبين ما إذا كان قد تم تحقيق المعيار المطلوب. وتوّفر المؤشرات طريقة لقياس عملية تنفيذ التدابير الأساسية ونتائجها. وتخص المؤشرات المعايير الدنيا وليس التدابير الأساسية.
- **الملاحظات الإرشادية:** تضم هذه الملاحظات نقاطا محددة يستحسن أخذها في الاعتبار عند تطبيق المعايير والمؤشرات في مختلف الظروف. كما توفر توجيهات فيما يتعلق بمعالجة الصعوبات العملية، وعناصر مرجعية ونصائح فيما يتعلق بالقضايا ذات الأولوية. ويمكن أن تتناول هذه الملاحظات أيضا قضايا حساسة ذات علاقة بالمعايير أو التدابير أو المؤشرات، وأن تصف المعضلات أو المسائل التي يدور حولها جدل، أو الثغرات في المعارف الحالية.

وإذا تعذر الوفاء بالمؤشرات والتدابير الأساسية، وجب تقدير ما لذلك من آثار سلبية على السكان المتضررين، واتخاذ التدابير المناسبة للتخفيف منها.

وترد في المرفق رقم ١ قائمة مرجعية لتقدير الحاجات؛ وترد ملاحظات إرشادية في المرفقات من رقم ٢ إلى رقم ٦؛ بالإضافة إلى قائمة مختارة من المراجع والمزيد من المطالعات التي تشير إلى مصادر المعلومات الخاصة بمسائل محددة ومسائل عامة ذات صلة بهذا الفصل.

قائمة المحتويات




الميثـاق الإنساني
مبادئ الحماية
المعايير الأساسية
الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة
الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة
النهوض بالنظافة
الإمداد بالماء
التخلص من الفضلات العضوية
مكافحة نواقل الأمراض
إدارة النفايات الصلبة
الصرف الصحي
المعيار ١
إعداد برنامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وتنفيذه
المعيار ١
تنفيذ برامج النهوض بالنظافة
المعيار ١
الحصول على كمية كافية من الماء
المعيار ١
وسط خالٍ من غائط البشر
المعيار ١
حماية الفرد والعائلة
المعيار ١
جمع النفايات الصلبة والتخلص منها
المعيار ١
أعمال الصرف
المعيار ٢
تحديد لوازم النظافة واستعمالها
المعيار ٢
جودة الماء
المعيار ٢
تصميم مراحيض مناسبة ولائقة
المعيار ٢
تدابير الحماية المادية والبيئية والكيميائية
المعيار ٣
مرافق الماء
المعيار ٣
استعمال المبيدات الكيميائية بطريقة مأمونة
المرفق رقم ١: قائمة مرجعية لتقدير الحاجات الأولية في مجـال الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة
المرفق رقم ٢: الحد الأدنى لكمية الماء اللازم للمؤسسات وللاستعمالات الأخرى
المرفق رقم ٣: الحد الأدنى من عدد المراحيض المطلوب في الأماكن العامة والمؤسسات في حالات الكوارث
المرفق رقم ٤: الأمراض المائية المنشأ والمرتبطة بالفضلات العضوية وطرق انتقالها
المرفق رقم ٥: الحد الأدنى من ممارسات النظافة والإصحاح والحجر الصحي في مراكز معالجة الكوليرا
المرفق رقم ٦: شجرة القرارات المتعلقة بمعالجة الماء وحفظه في المنزل
المراجع والمزيد من المطالعات

مقدمة

علاقة هذا الفصل بالميثـاق الإنساني والقانون الدولي

تُعد المعايير الدنيا في مجـال الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة تعبيرا عمليا عن إيمان الوكالات الإنسانية والتزاماتها المشتركة، وعن المبادئ المشتركة الواردة في الميثـاق الإنساني التي يسترشد بها العمل الإنساني. وتضم هذه المبادئ القائمة على مبدأ الإنسانية والتي ينص عليها القانون الدوليالحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن، والحق في الحصول على المساعدة الإنسانية لتلبية الحاجات. وترد في الملحق ١ (الصفحة رقم ٣٤٠) قائمة مرجعية بأهم الوثائق القانونية والسياسات التي يستند إليها الميثـاق الإنساني، مصحوبة بملاحظات توضيحية من أجل العاملين الإنسانيين.

وعلى الرغم من أن الدول هي المسؤولة عن تأمين الحقوق المذكورة أعلاه في المقام الأول، فأن على الوكالات الإنسانية مسؤولية العمل مع السكان المتضررين من الكوارث بما يضمن تأمين تلك الحقوق. ويتفرع من هذه الحقوق العامة عددٌ من الاستحقاقات التي تضم الحق في المشاركة والإطلاع وعدم التمييز التي تشكل أساس المعايير الدنيا في مجـال الإمداد بالماء والإصحاح والغذاء والمأوى والصحة وتعززها، فضلا عن تعزيز المعايير الدنيا الأخرى الواردة في هذا الدليل.



من حق الجميع الحصول على الماء وخدمات الإصحاح. وهو حق تقره الصكوك القانونية الدولية التي تنص على توفير كميات كافية من الماء الصالح للشرب المقبول الجودة والذي يمكن الحصول عليه بسهولة بأسعار معقولة، وذلك للاستعمال الشخصي والمنزلي. فلا بد من الحصول على كمية مناسبة من الماء الصالح للشرب لتفادي الموت الناجم عن الاجتفاف، وللحد من مخاطر الأمراض المائية المنشأ، وتلبية متطلبات الاستهلاك والطبخ والنظافة الشخصية والمنزلية.

ويرتبط الحق في الماء والإصحاح ارتباطا وثيقا بحقوق الإنسان الأخرى، بما فيها الحق في الصحة وفي السكن، والحق في الحصول على غذاء مناسب. ويشكل الماء بصفته هذه، جزءاً من الضمانات الجوهرية لبقاء الإنسان على قيد الحياة. وعلى الدول وغيرها من الجهات المعنية مسؤولية تلبية الحق في الماء. وفي أوقات النزاعات المسلحة مثلا، يُحظر الهجوم على مرافق الماء الصالح للشرب أو شبكات الري أو تدميرها أو إزالتها أو جعلها غير صالحة للاستعمال.

ولا تعّبر المعايير الدنيا الواردة في هذا الفصل تعبيرا كاملا عن الحق في الماء. غير أن معايير مشروع «اسفير» تعكس المضمون الجوهري للحق في الماء وتسهم في تحقيقه بالتدريج في العالم أجمع.

أهمية الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة في حالات الكوارث

يشكل الماء والإصحاح عنصرين حيويين لبقاء الإنسان على قيد الحياة في المراحل الأولى من الكارثة. وعادة ما يكون السكان المتضررون من الكوارث أكثر تعرضا للمرض والموت من جراء الأمراض المرتبطة أساساً بقصور الإصحاح، ونقص الماء، وتردي ظروف النظافة. وأهم هذه الأمراض هي الإسهال والأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الغائط وعبر الفم (اُنظر المرفق رقم ٤: الأمراض المائية المنشأ والمرتبطة بالفضلات العضوية وطرق انتقالها). وتضم الأمراض الأخرى التي لها علاقة بالماء والإصحاح تلك الأمراض التي تحملها نواقل الأمراض المرتبطة بالنفايات الصلبة والماء. وتشير كلمة «الإصحاح» في دليل «اسفير» إلى التخلص من الفضلات العضوية، ومكافحة نواقل الأمراض، ومعالجة النفايات الصلبة، والصرف الصحي .

والهدف الأساسي من برامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة في حالات الكوارث هو الحد من تفشي الأمراض التي تنتقل عن طريق الغائط وعبر الفم ومن التعرض لنواقل الأمراض، وذلك عن طريق الآتي:

- اتباع قواعد النظافة الصحيحة
- الإمداد بالماء الصالح للشرب
- تقليل المخاطر الصحية التي تطرحها البيئة
- توفير الظروف التي تؤمن للناس عيشة صحية كريمة ومريحة وآمنة.

ولا يكفي توفير إمدادات كافية من الماء ومرافق مناسبة للإصحاح لضمان أمثل استعمال أو وقع لها على الصحة العامة. ولجني أقصى فائدة ممكنة من أي عملية من عمليات الإغاثة، لا بد من ضمان حصول السكان المنكوبين على المعلومات والمعارف اللازمة، وفهمهم لما يدور حولهم لتفادي الأمراض الناشئة عن الماء والإصحاح، وتشجيعهم على المشاركة في تصميم هذه المرافق وصيانتها.

إن استعمال مرافق الماء والإصحاح المشتركة في حالات اللجوء أو النزوح الجماعي مثلاً، يمكن أن يزيد من احتمالات تعرض النساء والفتيات للعنف الجنسي أو غيره من أشكال العنف الجنساني. ولتقليل هذه المخاطر وتحسين جودة الاستجابة، من المهم ضمان مشاركة السكان في برامج الماء والإصحاح. فمن شأن المشاركة المتكافئة لكل من النساء والرجال في التخطيط واتخاذ القرارات والإدارة المحلية أن يضمن استفادة جميع السكان المنكوبين من خدمات الإمداد بالماء والإصحاح بسهولة في جو يحفظ أمنهم ويضمن أيضا حصول الجميع على خدمات مناسبة.

ولا يمكن تحسين الصحة العامة في ظل الاستجابة للكوارث إلا بتحسين التأهب للكوارث. وهذا التأهب هو ثمرة القدرات والعلاقات والمعارف التي تنّميها الحكومات والوكالات الإنسانية ومنظمات المجتمع المدني المحلية والمجتمعات المحلية والأفراد من أجل الاستعداد لمواجهة وقع الأخطار المحتملة الوشيكة ومواجهتها بشكل فعّال. ويقوم التأهب على تحليل المخاطر، ويرتبط ارتباطا وثيقا بنظم الإنذار المبكر.

ويشمل التأهب التخطيط لحالات الطوارئ، وخزن المعدات والإمدادات، وتنظيم خدمات الطوارئ، واتخاذ الترتيبات الاحتياطية، وتدريب الموظفين، والتخطيط والتدريب والتمرين على المستوى المجتمعي.

علاقة هذا الفصل بالفصول الأخرى

ينطبق العديد من المعايير الواردة في الفصول الأخرى على هذا الفصل أيضا. فكثيرا ما يؤثر التقدم المحرز في تحقيق المعايير في أحد مجـالات عمل المشروع، في التقدم المحرز في مجـالاته الأخرى، بل قد يلعب دوراً حاسماً فيه. ولتحقيق فعالية الإغاثة، لا بد من التنسيق والتعاون الوثيقين مع مجـالات عمل المشروع الأخرى. كما يعتبر التنسيق مع السلطات المحلية ومع منظمات أخرى تستجيب لحالات الكوارث، أمرا ضروريا لضمان تلبية الحاجات وتفادي ازدواج الجهود، ولتقديم أفضل استجابة ممكنة من حيث الجودة في مجـال الإمداد بالماء والإصحاح.

فعندما يتعذر تحقيق المعايير الخاصة بالتغذية مثلا، يصبح من الضروري تحسين المعايير الخاصة بالماء والإصحاح على وجه السرعة، حيث تزداد درجة تعرض الناس للأمراض بشكل ملموس في مثل هذه الظروف. وينطبق الشيء ذاته على السكان الذين يرتفع بينهم عدد المصابين بفيروس الإيدز ومرضه، أو الذين يشكل كبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة نسبة كبيرة منهم. وينبغي تحديد الأولويات على أساس معلومات أكيدة تتبادلها مختلف قطاعات العمل الإنساني مع تطور الوضع. وينبغي الرجوع، عند الضرورة، إلى المعايير المماثلة والتكميلية.



علاقة هذا الفصل بمبادئ الحماية وبالمعايير الأساسية

إذا أريد الوفاء بالمعايير الواردة في هذا الدليل، كان على كل الوكالات الإنسانية أن تسترشد بمبادئ الحماية، حتى لو لم تكن مهمة تلك المنظمات منصبة على الحماية بالتحديد أو لم تكن تتمتع بمؤهلات في مجـال الحماية. ولا تعتبر هذه المبادئ «مطلقة»، فمن المعروف أن الظروف قد تحول دون التزام المنظمات بها. غير أنها تعكس الشواغل الإنسانية العامة التي ينبغي أن يسترشد بها العمل الإنساني دائما.

المعايير الأساسية عبارة عن عمليات أساسية ومعايير مشتركة تخص كل مجـالات عمل المشروع والموظفين. وتشمل المعايير الدنيا الجوهرية الستة: الاستجابة الإنسانية التي تراعي قدرات السكان، والتنسيق والتعاون، والتقدير، والتصميم والاستجابة، والأداء والشفافية والتعلم، وأداء العاملين في مجال المعونة. وتوفر هذه المعايير نقطة مرجعية واحدة للمناهج التي تقوم عليها كل معايير الدليل الأخرى. لذا يقتضي تطبيق كل فصل تقني الاستعانة بالمعايير الأساسية لتسهيل الوفاء بمعاييره الخاصة، وبالتحديد، مشاركة السكان المنكوبين – بمن فيهم أكثر الجماعات والأفراد عرضة للخطر في حالات الكوارث – بأقصى درجة ممكنة لضمان فائدة الاستجابة وجودتها.

مواطن ضعف السكان المتضررين من الكوارث وقدراتهم

حُرر هذا الجزء ليُقرأ مع المعايير الأساسية ويعززها.

من المهم أن نفهم أن كون المرء شابا أو مسنّا، امرأة أو شخصا مصابا بعجز أو بفيروس الإيدز، لا يجعل، في حد ذاته، الشخص ضعيفا أو أكثر عرضة للخطر. بل أن تراكم هذه العوامل هو الذي يؤدي إلى الضعف. فيرجح، على سبيل المثال، أن يكون الشخص الذي يزيد سنه على ٧٠ عاما ويعيش بمفرده ويعاني من اعتلال صحته أضعف من الشخص الذي يبلغ نفس سنه وله نفس وضعه الصحي ولكنه يعيش ضمن عائلة ممتدة وله دخل مناسب. وبالمثل، فأن الفتاة التي يبلغِ سنها ٣ سنوات، أكثر تعرضا للخطر بكثير إذا كانت وحدها مما لو كانت تعيش في رعاية والِدَين مسؤولَين.

ومن شأن إجراء تحليل للضعف والقدرات، بينما يجري تنفيذ معايير الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وبعض الأعمال الأساسية الأخرى، أن يساعد على التأكد من أن تدعم جهود الاستجابة للكارثة الأشخاص الذين يحق لهم الحصول على المساعدة ومَن هم أكثر حاجة إليها دون تمييز. ويتطلب ذلك فهما متعمقا للسياق المحلي وللطريقة التي يمكن بها لأزمة معينة أن تؤثر في مجموعات معينة من الناس بطرق مختلفة بسبب أوجه الضعف التي يعانون منها (كالفقر المدقع أو المعاناة من التمييز)، وتعرضهم لمختلف أشكال التهديد (كالعنف الجنساني، بما فيه الاستغلال الجنسي)، وتفشي الأمراض أو انتشارها (كالحصبة أو الكوليرا). ويمكن أن تؤدي الكوارث إلى تفاقم أنواع التفاوت القائمة. غير أن دعم أساليب مواجهة الناس للأزمات وثباتهم وقدرتهم على الانتعاش يُعد أمرا أساسيا. كما يلزم مناصرة ودعم معارفهم ومهاراتهم واستراتيجياتهم وإمكانيات حصولهم على الدعم الاجتماعي والقانوني والمالي والنفسي، ومراعاة مختلف العقبات المادية والثقافية والاقتصادية والاجتماعية التي قد يواجهونها للحصول على هذه الخدمات بصورة عادلة.

وتبرز النقاط التالية بعضا من مجـالات العمل الرئيسية التي تسهم في مراعاة حقوق كل السكان المستضعفين وقدراتهم:

- تحسين مشاركة السكان بأقصى قدر ممكن، وضمان إشراك كل الفئات وبالأخص أقل الفئات ظهوراً (مثل الأفراد الذين يعانون من صعوبة في الاتصال أو الحركة، والأشخاص المقيمون في مؤسسات، والشباب الموصومون، وغيرها من الفئات غير الممثلة أو ذات التمثيل المحدود).
- تصنيف البيانات حسب الجنس والسن (صفر – ٨٠ عاما) في أثناء عمليات التقدير. إذ يعتبر ذلك عنصرا مهما في ضمان مراعاة تنوع السكان عند تطبيق معايير الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة.
- ضمان الإبلاغ بالحق في الحصول على معلومات عن الاستحقاقات بشكل يشمل كل أفراد المجتمع المعني ويسهّل عليهم فهمها.

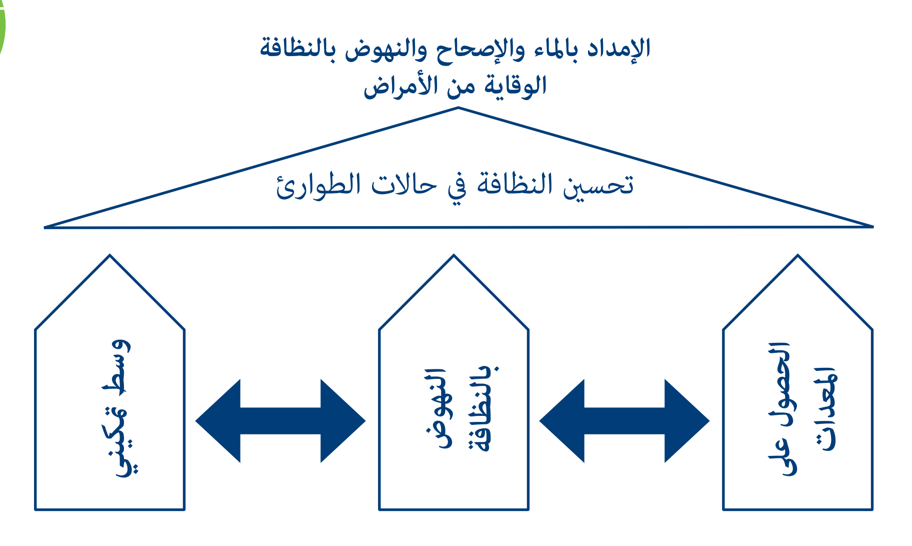
المعايير الدنيا

١- الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة

إن الهدف من أي برنامج يتعلق بالإمداد بالماء والإصحاح هو النهوض بقواعد مناسبة للنظافة الشخصية ونظافة البيئة من أجل حماية الصحة، كما يرد توضيحه في الرسم البياني أدناه. ويعتمد البرنامج الفعال في مجـال الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة على تبادل المعلومات بين المنظمة الإنسانية والسكان المتضررين بغية تشخيص أهم المشكلات المتعلقة بالنظافة وإيجاد حلول لها تكون مقبولة ثقافيا. ومن شأن ضمان أمثل استعمال ممكن لكل موارد الماء ومرافق الإصحاح، وتطبيق قواعد النظافة، أن ينطوي على وقع إيجابي كبير على الصحة العامة.

يُعد النهوض بالنظافة أساسياً لضمان نجاح برامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة. ويجب أن يكون التركيز على النهوض بالنظافة عاما ومحددا في آنٍ معاً. فمن الناحية العامة، ينبغي أن يشكل النهوض بالنظافة جزءا لا يتجزأ من كل قطاعات العمل الإنساني وأن يُعكس في مؤشرات إمدادات الماء والتخلص من الفضلات العضوية ومكافحة نواقل الأمراض ومعالجة النفايات الصلبة والصرف الصحي. ومن الناحية المحددة، يركز هذا الفصل على معيارين من معايير النهوض بالنظافة والأنشطة المرتبطة بهما.





معيار الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة رقم ١ : إعداد البرنامج وتنفيذه

تلبية حاجات السكان المتضررين في مجال الماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، وإشراك المستفيدين في تصميم المرافق وإدارتها وصيانتها حيثما كان ذلك مناسباً.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تشخيص المخاطر الرئيسية ذات الأهمية من حيث الصحة العامة، بالتشاور مع السكان المنكوبين (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١ والمعايير الأساسية ١ و٣ و٤ الواردة في الصفحات ٥١-٦١)
- تلبية حاجات الصحة العامة للسكان المنكوبين والتصدي لها حسب حاجاتهم ذات الأولوية (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١ في الصفحة رقم ٨٤).
- السعي بصور منهجية إلى الحصول على أصداء مختلف فئات المستخدمين بخصوص تصميم المرافق وسهولة استعمالها وأساليب ترويجها، وبشأن كل أنشطة برنامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة (اُنظر المعايير الأساسية ١ و٣ و٤ في الصفحات ٥١-٦١).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تتاح لكل شرائح السكان دون تمييز إمكانية الحصول على الموارد والوصول إلى مرافق الماء والإصحاح واستعمالها بأمان، واتخاذ التدابير اللازمة لتقليل الأخطار على الصحة العامة (اُنظر معيار النهوض بالنظافة رقم ٢ في الصفحة رقم ٨٩).
- ينبغي أن يتحدث كافة العاملين في برنامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة مع المتضررين بوضوح وباحترام، وينبغي أن يطلعوهم على المعلومات الخاصة بالمشروع بشكل واضح، وأن يجيدوا الإجابة عن الأسئلة التي يطرحها أفراد المجتمع المحلي عن المشروع.
- ينبغي وضع نظام مناسب لإدارة المرافق وصيانتها، وضمان مشاركة مختلف فئات السكان بشكل عادل في هذه الإدارة (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي السعي إلى تحقيق ارتياح جميع المستعملين لمساهمة تصميم برنامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وتنفيذه في زيادة أمنهم واسترداد كرامتهم.

الملاحظة الإرشادية

١- ***تقدير الحاجات:*** يلزم إجراء تقدير للحاجات للكشف عن الممارسات التي تنطوي على خطر والتي من شأنها أن تؤدي إلى تفاقم الضعف، والتنبؤ بفرص نجاح مرافق الإمداد بالماء والإصحاح وأنشطة النهوض بالنظافة على حد سواء. ويُرجح أن تدور المخاطر الرئيسية حول السلامة البدنية للأشخاص الذي يحاولون الوصول إلى المرافق، والتمييز ضد الجماعات المهمشة الذي من شأنه أن يؤثر في إمكانية وصولهم إليها، واستعمال المراحيض وصيانتها، وغياب عادة غسل اليدين بالصابون أو بطريقة أخرى، وعدم الالتزام بقواعد النظافة عند جمع الماء وحفظه، وعند حفظ الغذاء وطهيه. وينبغي مراعاة الموارد المتاحة للسكان عند إجراء التقديرات، فضلا عن المعارف والممارسات المحلية، لضمان فاعلية أنشطة الترويج وفائدتها وطابعها العملي. وينبغي بيان المعايير الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تسّهل و/أو تهدد اكتساب عادات سليمة في مجـال النظافة في إطار التقدير الأولي والتقدير الجاري. كما ينبغي أن يولي التقدير أهمية خاصة لحاجات فئات المستضعفين. وإذا تعذر التشاور مع أي فئة من فئات المستضعفين، وجب ذكر ذلك بوضوح في تقرير التقدير، وتصحيح الوضع بأسرع ما يمكن (اُنظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة ٥٧)



٢- النهوض بالنظافة

النهوض بالنظافة عبارة عن نهج مخطط ومنهجي الغرض منه مساعدة الناس على اتخاذ التدابير اللازمة للوقاية من الأمراض المرتبطة بالماء والإصحاح والنظافة و/أو تقليلها. كما يمكن أن يمثل طريقة عملية لتسهيل مشاركة المجتمع المحلي في برامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، ومساءلتها وتتبعها. وينبغي أن تسعى أنشطة النهوض بالنظافة إلى الاستفادة من معارف السكان المتضررين وتقاليدهم ومواردهم، بالإضافة إلى بيّنات البرنامج الحالية لتحديد أفضل طريقة لحماية الصحة العامة.

ويشمل النهوض بالنظافة ضمان أمثل استعمال ممكن للماء والإصحاح ومرافق تحقيق النظافة والخدمات المتاحة، ويضم التشغيل والصيانة الفعالين لهذه المرافق. والعناصر الرئيسية الثلاثة لتحقيق ذلك هي:

١- تبادل المعلومات والمعارف

٢- حشد طاقات المجتمعات المتضررة

٣- توفير المواد والمرافق الأساسية.

يكتسي حشد المجتمع المحلي أهمية خاصة في أثناء الكوارث، حيث يجب تشجيع الناس على اتخاذ تدابير لحماية صحتهم. وينبغي اعتماد أساليب عمل تفاعلية في أنشطة الترويج حيثما أمكن، بدلا من الاكتفاء بنشر الرسائل على الجمهور العريض.

معيار النهوض بالنظافة رقم ١ : تنفيذ برامج النهوض بالنظافة

توعية الرجال والنساء والأطفال المتضررين، أياً كان سنهم، بالمخاطر الرئيسية المحدقة بالصحة العامة، وتشجيعهم على اتخاذ تدابير تحول دون تدهور ظروف النظافة، وحثهم على استعمال المرافق المتاحة وصيانتها.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- توفير معلومات عن المخاطر المرتبطة بالنظافة وعن التدابير الوقائية بصورة منهجية باستعمال قنوات الاتصال الجماهيري المناسبة (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- تشخيص العوامل الاجتماعية أو الثقافية أو الدينية المحددة التي يمكن أن تحفز مختلف المجموعات الاجتماعية في مجتمع ما، واستعمالها كأساس لإعداد استراتيجية لنشر المعلومات في مجال النهوض بالنظافة (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٢).

- استعمال وسائل تفاعلية لنشر المعلومات الخاصة بالنظافة كلما أمكن لضمان الحوار والنقاش المستمرين مع المتضررين (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- تتبع ممارسات النظافة الرئيسية واستعمال المرافق المتاحة بصورة منتظمة، بالتعاون مع المجتمع المتضرر (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣ والمعيار الأساسي رقم ٥، والملاحظات الإرشادية ١ و٣-٥ في الصفحتين ٦٥ و٦٦).
- التفاوض مع السكان والجهات المعنية الرئيسية لتحديد اختصاصات وشروط عمل الميّسرين الاجتماعيين (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٥)

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- يمكن لجميع فئات المستعملين أن تصف وتبين ما قامت به لتفادي تدهور ظروف النظافة (اُنظر الملاحظة الإرشادية رقم ١).
- استعمال كل المرافق المتاحة بشكل مناسب وصيانتها بانتظام.
- على الجميع أن يغسلوا يديهم بعد التغوط وبعد تشطيف الأطفال وقبل تناول الطعام وإعداده (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٦)
- ينبغي لكل أنشطة النهوض بالصحة ورسائلها أن تتناول أشكال السلوك الشائعة والأفكار الخاطئة، وأن تستهدف كافة فئات المستعملين (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٦).
- إشراك ممثلين عن كل فئات المستعملين في تخطيط أعمال النهوض بالنظافة وتنفيذها ومتابعتها وتقديرها والتدريب عليها (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٦ والمعيار الأساسي رقم ١، والملاحظات الإرشادية ١-٥ في الصفحتين ٥٢ و٥٣).
- تزويد مَن يرعون صغار الأطفال والرُضّع بوسائل التخلص الآمن من غائط الأطفال (اُنظر معيار التخلص من الفضلات العضوية رقم ١ في الصفحة رقم ١٠٠، والملاحظة الإرشادية ٦).



الملاحظات الإرشادية

١- ***التصدي من باب الأولوية للمخاطر والممارسات التي تهدد النظافة:*** إن تقدير المخاطر على النظافة ومهام ومسؤوليات مختلف المجموعات، من شأنه أن يساعد على فهم الوضع بشكل أفضل ومن ثم تحسين التخطيط وترتيب أولويات المساعدة. بذلك يمكن تبادل المعلومات بين الوكالات الإنسانية والسكان المتضررين بشكل ملائم، وتبديد حالات سوء الفهم حيثما وجدت.

٢- ***بلوغ كل شرائح السكان:*** قد يلزم، في المراحل الأولى من الكارثة، الاعتماد على وسائل الاتصال الجماهيري لضمان حصول أكبر عدد ممكن من الناس على المعلومات المهمة بخصوص تقليل المخاطر على الصحة. وينبغي أن تحصل مختلف الجماعات على مواد في مجـال الإعلام والتعليم والاتصال عبر وسائل اتصال مناسبة تضمن حصول السكان جميعاً على المعلومات. ويصدق ذلك بصفة خاصة على الأشخاص الأميين والذين يعانون من صعوبة في الاتصال، و/أو الذين لا يملكون

مذياعا أو جهاز تلفزيون. ويمكن أن تلعب وسائل الإعلام الشعبية (كالمسرحيات والأغاني ومسرح الشوارع والرقص، الخ) دورا فعالا في مثل هذه الحالات. ويُعد التنسيق مع *المجموعة القطاعية المعنية بالتعليم* مهماً لتشخيص فرص تنظيم مثل هذه الأنشطة المتعلقة بالنظافة في المدارس.

٣- ***الأساليب التفاعلية:*** توفر المواد والأساليب التفاعلية التي تراعي التقاليد المحلية، فرصة مفيدة للسكان المنكوبين في مجـال تخطيط إمكانيات تحسين ممارسات النظافة لديهم ومتابعتها. كما تتيح لهم فرصة تقديم اقتراحات أو رفع شكاوي بشأن البرنامج عند الاقتضاء. ويجب مراعاة تقاليد السكان المعنيين عند تخطيط أنشطة النهوض بالنظافة. وينبغي أن يضطلع ببرامج النهوض بالنظافة ميسرون لهم خصائص ومهارات تتيح لهم العمل مع جماعات لها معتقدات وتقاليد مختلفة عن معتقداتهم وتقاليدهم الخاصة (فعلى سبيل المثال، ليس من المقبول في بعض المجتمعات أن تتحدث النساء إلى رجال ليسوا من معارفهن).

٤- ***إثقال كاهل بعض الفئات***: من المهم ضمان عدم إثقال كاهل فئة بعينها (كالنساء مثلا) ضمن السكان المنكوبين بمسؤولية النهوض بالنظافة أو إدارة أنشطة النهوض بالنظافة. وينبغي عرض فرص التدريب والعمل على النساء والرجال والفئات المهمشة دون تمييز.

٥- ***اختصاصات وشروط عمل الميّسرون الاجتماعيون***: إن الاستعانة بالعاملين أو الزائرين الاجتماعيين يسمح بزيادة التفاعل مع عدد كبير من السكان. غير أنه يلزم مساعدة هؤلاء العاملين على تطوير مهاراتهم في مجـال التيسير. ويلزم، بشكل عام، في ظل مخيم للمنكوبين، الاستعانة بمسؤولين اثنين عن النهوض بالنظافة/ ميّسرَين اجتماعيين لكل ١٠٠٠ شخص من السكان المنكوبين. كما يمكن تشغيل الميّسرين الاجتماعيين كعاملين مياومين متعاقدين أو متطوعين، عملا بالتشريع الوطني. ويجب مناقشة أمر تعيين هؤلاء العاملين كموظفين يتقاضون أجراً أو كمتطوعين مع السكان المتضررين والمنظمات المعنية بتنفيذ البرامج، ومع القطاعات الأخرى لتفادي إثارة أي توتر وتهديد ديمومة النظم القائمة.

٦- ***تشجيع مختلف الجماعات على المشاركة***: من المهم أن ندرك أن الصحة قد لا تكون أهم ما يحفز الناس على تغيير سلوكهم. فقد تكون الحاجة إلى الخلوة والسلامة والراحة وتطبيق الطقوس الدينية والتقاليد المرعية والمركز الاجتماعي والاحترام، دوافع أقوى بكثير من الوعد بتحسين الحالة الصحية. وينبغي مراعاة هذه العوامل عند إعداد أنشطة الترويج، ويجب دمجها بالفعل في تصميم المرافق واختيار مواقعها بالتعاون مع فريق المهندسين. ولا ينبغي التركيز على تغيير السلوك الفردي فحسب، بل ينبغي التركيز أيضا على تجنيد المجتمع والعمل الجماعي.

معيار النهوض بالنظافة رقم ٢ : تحديد لوازم النظافة واستعمالها

ينبغي أن يحصل السكان المتضررون من الكارثة على لوازم النظافة وأن يشاركوا في اختيارها، كما ينبغي تشجيع استعمالها لتأمين نظافتهم الشخصية وصحتهم وكرامتهم وراحتهم.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- استشارة كل الرجال والنساء والأطفال، أيا كان سنهم، بخصوص لوازم النظافة التي ينبغي توفيرها لهم من باب الأولوية (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١ و٤).
- الاضطلاع على وجه السرعة بتوزيع لوازم النظافة لتلبية الحاجات الفورية للمجتمع المعني (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣).
- تتبع الوضع بعد عملية التوزيع لتقدير مدى استعمال لوازم النظافة ومدى استفادة السكان من اللوازم الموزعة عليهم (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٥).
- البحث عن بدائل لتوزيع لوازم النظافة وتقدير استخدامها، مثل توفير النقد أو القسائم و/أو اللوازم غير الغذائية (اُنظر الأمن الغذائي؛ معيار التحويلات النقدية والقسائم رقم ١ في الصفحة رقم ١٩٣).



المؤشرات الأساسية *(يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)*

- تأمين حصول النساء والرجال والأطفال على لوازم النظافة واستعمالها بشكل فعال للمحافظة على الصحة والكرامة والراحة (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١ و٧ و٩).
- تزويد كل النساء والفتيات في سن الحيض بلوازم الحيض المناسبة بعد التشاور معهن (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٨).
- حصول كل النساء والرجال والأطفال على المعلومات المناسبة والتدريب فيما يتعلق بالاستعمال السليم للوازم النظافة التي لم يألفوها (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- توفير المعلومات للسكان المتضررين بشأن توقيت توزيع اللوازم غير الغذائية ومكان توزيعها ومضمونها والجماعات التي ستتلقاها (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٣-٥).
- إعطاء الأولوية لسلامة السكان المتضررين والموظفين عند تنظيم عملية توزيع اللوازم غير الغذائية (اُنظر مبدأ الحماية رقم ١ والملاحظات الإرشادية ١-٣ في الصفحتين ٣١ و٣٢).

الملاحظات الإرشادية

١- لوازم النظافة الأساسية: يتكون طرد لوازم النظافة الدنيا من أوعية للماء (دِلاء)، وصابون للاستحمام والغسيل، ولوازم الحيض.

قائمة بلوازم النظافة الأساسية

أوعية لنقل الماء سعة ١٠-٢٠ لتراَ	وعاء واحد لكل عائلة
أوعية لخزن الماء سعة ١٠-٢٠ لتراً	وعاء واحد لكل عائلة
٢٥٠ غراما من صابون الاستحمام	قطعة صابون واحدة للشخص شهرياً
٢٠٠ غرام من صابون الغسيل	قطعة صابون واحدة للشخص شهرياً
لوازم مناسبة للحيض، مثل القماش القطني القابل للغسل	قطعة واحدة للشخص

٢- ***التنسيق:*** التحدث إلى المجموعة المعنية بالمأوى وإلى السكان المنكوبين لمعرفة ما إذا كان يلزم توفير لوازم غير غذائية أخرى كالبطاطين التي لا تشملها قائمة لوازم النظافة الأساسية (اُنظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ١ في الصفحة ٢٥٧).

٣- ***توزيع لوازم النظافة في الوقت المناسب:*** لتأمين توزيع لوازم النظافة في الوقت المناسب، قد يلزم توزيع بعض المواد العامة الأساسية (كالصابون والدِلاء وما إلى ذلك) دون الحصول على موافقة السكان المنكوبين، والتوصل إلى اتفاق بشأن عملياتَ التوزيع المقبلة بعد إجراء مشاورات معهم.

٤- ***الحاجات ذات الأولوية:*** قد يختار الناس بيع المواد التي وزعت عليهم إذا لم تلبِ حاجاتهم ذات الأولوية بشكل مناسب. لذا، ينبغي مراعاة سبل معيشة السكان عند تخطيط عمليات التوزيع.

٥- ***مواد مناسبة:*** ينبغي تفادي اختيار منتجات لن تُستعمل لأنها غير مألوفة للسكان أو لاحتمال استعمالها لغير غرضها (كأن يعتقد أنها مواد غذائية مثلاً). ويمكن اختيار مسحوق الغسيل بدلا من صابون الغسيل إذا كان أنسب من حيث العادات السائدة، أو إذا كان السكان المعنيون يفضلونه.

٦- ***إعادة تكوين المخزون:*** ينبغي التفكير في إعادة تكوين مخزون السلع الاستهلاكية عند الضرورة.

٧- ***الحاجات الخاصة:*** قد يحتاج بعض الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة (كالذين يعانون من سَلس البول أو الإسهال الحاد) إلى كميات إضافية من لوازم النظافة كالصابون. وقد يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة أو الذين يلزمون الفراش، إلى مواد إضافية مثل المبوَلات المخصصة للسرير. وقد يلزم تكييف بعض المواد لاستعمالها لإغراض الإصحاح (مثل كراسي التغوط)

٨- ***النظافة النسائية:*** يجب اتخاذ التدابير اللازمة لتأمين غسل الملابس أو حفظ لوازم النظافة الحيضية بعيداً عن الأنظار.

٩- ***لوازم إضافية:*** قد تستدعي التقاليد الاجتماعية والثقافية السائدة حصول السكان على لوازم إضافية للنظافة الشخصية. ويمكن أن تضم هذه المواد، رهناً بتوفرها، المواد التالية (لكل شخص شهرياً):

- ٧٥ ملغم/١٠٠ غم من معجون الأسنان
- فرشاة أسنان واحدة
- ٢٥٠ مللتر من الصابون السائل للشعر
- ٢٥٠ مللتر من الصابون السائل للرضع والأطفال حتى سن عامين
- موس واحد للحلاقة
- ملابس داخلية للنساء والفتيات في سن الحيض
- فرشاة و/أو مشط للشعر
- مقرضة واحدة للأظافر
- الحِفاضات والمِبوَلات (حسب حاجات العائلة)



٣- الإمداد بالماء

يُعد الماء عنصرا أساسيا للحياة وللمحافظة على الصحة والكرامة البشرية. وقد لا تتوفر في بعض الظروف العصيبة كميات كافية من الماء لتلبية الحاجات الأساسية للسكان. وفي مثل هذه الحالات، يمثل توفير كمية من الماء الصالح للشرب تكفل البقاء على قيد الحياة أهمية حيوية. وفي معظم الحالات، تنشأ أهم المشكلات الصحية عن تعذر المحافظة على النظافة بسبب شحة الماء واستهلاك الماء الملوث.

معيار الإمداد بالماء رقم ١ : الحصول على كمية كافية من الماء

ينبغي أن يحصل السكان جميعا على كمية كافية من الماء الصالح للشرب والطهي والمحافظة على النظافة الشخصية والمنزلية بشكل آمن وعادل . وينبغي أن تكون مواقع توزيع الماء العامة قريبة من العائلات بقدر كافٍ لكي يتاح لها تلبية حاجاتها الدنيا من الماء .

التدابير الأساسية: (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تحديد أنسب مصدر للإمداد بالماء في ظل الظروف السائدة، مع مراعاة كمية الماء المتاحة، والوقع البيئي على مصادر الماء (اُنظر الملاحظة الإرشادية رقم 1).
- الإمداد بالماء من باب الأولوية لتلبية حاجات السكان المنكوبين (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٤).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- يبلغ متوسط الماء المستعمل للشرب والطهي والنظافة الشخصية في أي عائلة ١٥ لتراً لكل شخص يوميا على أقل تقدير (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٧).
- ينبغي ألا تتجاوز المسافة بين أي مسكن وأقرب موقع لتوزيع الماء ٥٠٠ متر (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١و٢و٥ و ٦).
- ينبغي ألا تتجاوز مدة الوقوف في الطوابير عند مواقع توزيع الماء ٣٠ دقيقة (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٦).

الملاحظات الإرشادية

١- ***انتقاء مصادر الماء***: فيما يلي العوامل التي يلزم أخذها في الاعتبار عند انتقاء مصدر الماء: وجود كمية كافية ومستديمة من الماء بالقرب من مكان إقامة السكان؛ معرفة ما إذا كان يلزم معالجة الماء؛

وجود عوامل اجتماعية أو سياسية أو قانونية خاصة بمصدر الماء. وعادة ما تُفضّل موارد الماء الجوفية أو الإمدادات التي توفرها الينابيع، أو كليهما، حيث أنها تستلزم قدرا أقل من المعالجة، ولا تستلزم استعمال مضخات. وكثيرا ما يتعين استعمال مزيج من الأساليب والمصادر في المراحل الأولى من أي كارثة. وينبغي في كل الأحوال مراقبة كل مصادر الماء بانتظام لتفادي استغلالها بشكل مفرط.

٢- ***الحاجات:*** تختلف كميات الماء اللازمة للأسر حسب الظروف. فقد تختلف باختلاف المناخ، ومرافق الإصحاح المتاحة، وعادات الناس وتقاليدهم الثقافية وطقوسهم الدينية، وطعامهم وملبسهم وما إلى ذلك. وعادة ما يزيد استهلاك الماء كلما كان مصدر الماء قريبا من المسكن. ويمكن، حيثما أمكن، تجاوز كمية الـ ١٥ لتراً للشخص يومياً للتكيف مع المعايير المحلية إذا كانت أعلى.

الكمية الأساسية من الماء اللازم للبقاء على قيد الحياة

الكمية اللازمة للبقاء:استهلاك الماء (للشرب والطعام)	٢,٥-٣ لتر في اليوم	يعتمد على: المناخ والفسيولوجيا الشخصية
ممارسات النظافة الأساسية	٢-٦ لتر يوميا	يعتمد على: المعايير الاجتماعية والثقافية
حاجات الطهي الأساسية	٣-٦ لتر يوميا	يعتمد على: نوع الطعام والمعايير الاجتماعية والثقافية
مجموع الحاجات الأساسية من الماء	٧,٥-١٥ لتراً من الماء يوميا	



اُنظر المرفق رقم ٢ للحصول على إرشادات بشأن الحد الأدنى لكمية الماء اللازم للمؤسسات وللاستعمالات الأخرى. فيما يتعلق بحاجات الماشية إلى الماء في حالات الطوارئ، اُنظر الإرشادات والمعايير الخاصة بالماشية في حالات الطوارئ (اُنظر المراجع والمزيد من المطالعات).

٣- ***القياس:*** تُعد الاستطلاعات التي تُجرى للأسر، والمشاهدة، ومجموعات النقاش في المجتمعات المحلية، أساليب أنجع لجمع البيانات بشأن استعمال الماء واستهلاكه بالمقارنة مع قياس كمية الماء التي يجري ضخها في شبكة توزيع الماء، أو تشغيل المضخات اليدوية.

٤- ***الكمية والتغطية:*** في حالات الكوارث، وبانتظار تحقيق المعايير الدنيا فيما يتعلق بكمية الماء وجودته على السواء، ينبغي إعطاء الأولوية لحصول الجميع، بشكل عادل، على كمية كافية من الماء وإن كان متوسط الجودة. وترتفع درجة تعرض الناس للأمراض بشكل ملموس بين السكان المنكوبين من الكوارث. لذا ينبغي بلوغ مؤشرات الحصول على كمية مناسبة من الماء وإن كانت هذه المؤشرات أعلى من مؤشرات السكان المنكوبين أو المستضيفين. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لضمان تلبية حاجة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة، كالأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، إلى كمية إضافية من الماء، وتلبية حاجات الماشية والمحاصيل الزراعية إلى الماء في حالات الجفاف. ولتجنب أي مشاعر عدائية، يوصى بأن تلبي برامج الماء والإصحاح حاجات السكان المستضيفين والسكان المنكوبين على قدم المساواة (اُنظر المرفق رقم ٢: الحد الأدنى لكمية الماء اللازم للمؤسسات وللاستعمالات الأخرى).

٥- ***الحد الأقصى لعدد المستفيدين من كل مصدر من مصادر الماء:*** يعتمد عدد الأشخاص المحدد لكل مصدر من مصادر الماء على ما يتدفق من مصدر الماء وكمية الماء المتاحة فيه. فيما يلي إرشادات تقريبية:

٢٥٠ شخصا لكل حنفية	استنادا إلى معدل تدفق يبلغ ٧,٥ لتر/دقيقة
٥٠٠ شخص لكل مضخة يدوية	استنادا إلى معدل تدفق يبلغ ١٧ لتراً/دقيقة
٤٠٠ شخص لكل بئر فردي مكشوف	استنادا إلى معدل تدفق يبلغ ١٢,٥ لتر/دقيقة

وتفترض هذه الإرشادات أن يكون موقع توزيع الماء مفتوحا لمدة ٨ ساعات تقريباً في اليوم فقط، وأن يكون الإمداد بالماء مستمراً في تلك الأثناء. وإذا كانت الفترة المخصصة لسحب الماء أطول من ذلك، أمكن للناس أن يسحبوا أكثر من الحد اليومي الأدنى الذي يبلغ ١٥ لترا. ويجب التعامل مع هذه الأرقام بحذر، إذ أن بلوغها لا يضمن بالضرورة حصول السكان على الحد الأدنى من كمية الماء اللازم، أو حصول الجميع عليه بشكل عادل.

٦- ***مدة الانتظار في الطوابير:*** تعد فترات الانتظار المفرطة في الطوابير مؤشرا على عدم توفر كميات كافية من الماء، إما بسبب نقص عدد مواقع توزيع الماء أو نقص تدفق مصادر الماء. ومن جملة النتائج السلبية المحتملة لفترات الانتظار المفرطة في الطوابير نذكر انخفاض الاستهلاك الفردي من الماء؛ زيادة استهلاك الماء من المصادر السطحية غير المحمية؛ تقليل الوقت الذي يكرسه من يضطلعون بجلب الماء لمهام أخرى تعتبر أساسية لبقائهم على قيد الحياة.

٧- ***الحصول على الماء بشكل عادل:*** قد يلزم اتخاذ تدابير إضافية لضمان حصول الجميع على الماء بشكل منصف وإن توفرت كمية كافية منه لتلبية الحاجات الدنيا. ويستحسن أن يتمكن الجميع من الوصول إلى مواقع توزيع الماء بصرف النظر عن الجنس أو الأصل العرقي. وقد يلزم تصميم بعض المضخات اليدوية وأوعية نقل الماء، أو تكييفها للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وكبار السن، والأشخاص المصابين بعجز، والأطفال، لكي يسهل عليهم استعمالها. وينبغي، في حالة تحديد حصص من الماء لكل فرد أو ضخه في فترات محددة، تخطيط ذلك بالتشاور مع المستفيدين، بمن فيهم النساء.

معيار الإمداد بالماء رقم ٢ : جودة الماء

ينبغي أن يكون الماء مستساغا وذي جودة كافية لشربه واستعماله في الطهي والمحافظة على النظافة الشخصية والمنزلية، وأن لا يشكل مصدر خطر على الصحة.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- إجراء مسح صحي سريع وتطبيق خطة لضمان سلامة مصدر الماء حيثما يسمح الوقت والظروف بذلك (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- تطبيق كل الخطوات اللازمة للحد من تلوث الماء بعد توزيعه (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤، ومعيار النهوض بالنظافة رقم ١ في الصفحة رقم ٨٦).
- ينبغي معالجة كل إمدادات الماء التي توزع عبر شبكة الأنابيب أو إمدادات الماء الأخرى بمادة مطهرة عند ارتفاع احتمالات تفشي الإسهال، بحيث يبلغ تركيز الكلور الحر المتبقي في الماء عند الحنفيات ٠٫٥ ملغم لكل لتر، وتقل عكرته عن ٥ وحدات نيليلومترية في الحنفية. وفي حال تفشي الإسهال، ينبغي التأكد من أن يبلغ تركيز الكلور المتبقي أكثر من ملغرام واحد للتر (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٥-٨).
- عند اقتراح حل معالجة الماء في المنزل، ينبغي أن يرافقه الترويج والتدريب والرصد الملائم (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٦).



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تكون مواقع توزيع الماء خالية من البكتريا القولونية الغائطية لكل ١٠٠ مللتر (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٢ و٤-٧).
- تُعد كل الخيارات المستعملة لمعالجة الماء في المنزل فعّالة في تحسين جودة الماء من الناحية الميكروبية البيولوجية، وعادة ما يُرافقها أنشطة التدريب والترويج والرصد المناسبة (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٣-٦).
- ينبغي استبعاد تعريض الصحة للخطر بسبب استعمال ماء ملوث بمواد كيميائية لفترة قصيرة (يتضمن بقايا المواد الكيميائية التي تم معالجة الماء بها) أو بمصادر اشعائية. وينبغي أن تبين التقديرات انخفاض احتمالات التعرض لمثل هذه الآثار الضارة. (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٧).
- يُفضل أن يشرب الناس الماء المستقى من مصدر محمي أو الماء المصّفى بدلا من شرب الماء المستقى من مصادر أخرى يكون الوصول إليها أيسر (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٦).
- ينبغي تفادي تفشي الأمراض التي تنتقل عن طريق الماء أو الأمراض المائية المنشأ (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٩).

الملاحظات الإرشادية

١- ***إجراء مسح صحي ووضع خطة لتأمين سلامة الماء***: المسح الصحي هو تقدير للظروف والممارسات التي قد تشكل خطراً على الصحة العامة. وينبغي أن يشمل المسح العوامل المحتملة لتلوث الماء في مصدره، وخلال نقله، وفي البيت، فضلا عن عادات التغوّط والصرف الصحي ومعالجة النفايات الصلبة. ويعد مسح المجتمعات المحلية وسيلة فعالة لتحديد المخاطر على الصحة العامة، وإشراك المجتمع المحلي في البحث عن حلول لتقليل هذه المخاطر. وتجدر الإشارة إلى أن فضلات الحيوانات، وإن لم تكن بمثل خطورة فضلات الإنسان العضوية، يمكن أن تضم أنواعاً من البكتريا مثل الكريبتوسبوريديوم والجيراديا والسالمونيلا والكامبيلوباكتر والكاليسيفيروس.وغيرها من أسباب الإسهال الشائعة في الإنسان، وهي تشكل بالتالي مصدر خطر حقيقي على الصحة. وتوصي منظمة الصحة العالمية باستعمال خطة تأمين سلامة الماء، وهي عبارة عن منهج شمولي يغطي تشخيص الأخطار وتقدير المخاطر، وخطة لتحسين/ رفع المستوى، ورصد تدابير المراقبة، وإجراءات الإدارة، بما في ذلك وضع برامج للدعم (اُنظر المراجع والمطالعات الإضافية).

٢- ***جودة الماء من الناحية الميكروبية البيولوجية***: يعد وجود البكتريا القولونية الغائطية (التي يعود أكثر من ٩٩٪ منها إلى فصيلة E. coli) مؤشرا لمستوى تلوث الماء بالفضلات العضوية البشرية أو الحيوانية أو كليهما، وإمكانية وجود عوامل مولدة للأمراض. وإذا عُثر على بكتريا عضَوية في الماء، وجب معالجته.

٣- ***تشجيع استعمال مصادر الماء المحمية:*** لن يكون للاكتفاء بحماية مصادر الماء أو معالجة الماء سوى وقع محدود، ما لم يفهم الناس الفوائد الصحية لهذا الماء ويستعملونه بالفعل. وقد يفضل الناس استعمال مصادر غير محمية للماء كالأنهار والبحيرات والآبار غير المحمية لأسباب تعود إلى المذاق وقرب مصدر الماء واعتبارات اجتماعية أخرى. لذا، ينبغي أن يفهم التقنيون، والمعنيون بالنهوض بالنظافة، والميّسرون الاجتماعيون أسباب هذه التفضيلات بحيث يمكن إدراجها في الإرشادات والمناقشات الرامية إلى توعية السكان.

٤- ***تلوث الماء بعد توزيعه:*** يمكن للماء السليم عند موقع توفيره أن يمثل مع ذلك خطرا صحيا ملموسا نتيجة لتلوثه أثناء جمعه وحفظه وسحبه. ومن ضمن الإجراءات التي يمكن اتخاذها للحد من هذه المخاطر هناك، تحسين ممارسات جمع الماء وحفظه، وتوزيع أوعية نظيفة ومناسبة لجمع الماء وحفظه (اُنظر معيار الإمداد بالماء رقم ٣ في الصفحة رقم ٩٨)، ويستحسن فحص عينات الماء بانتظام في مواقع استهلاكه لمراقبة احتمالات تلوثه بعد توزيعه.

٥- ***تطهير الماء***: ينبغي معالجة الماء بمطهرات ثمالية (متبقية) كالكلور إذا كان احتمال تلوث مصدر الماء مرتفعا أو إذا كان الماء قد تلوث بالفعل بعد توزيعه على الناس. وتتوقف احتمالات تلوث الماء على الظروف في المخيم، كالكثافة السكانية، والترتيبات المتخذة للتخلص من الفضلات العضوية، وممارسات النظافة، ومدى انتشار أمراض الإسهال. وإذا خشي أن ينتشر الإسهال أو إذا تفشى بالفعل، وجب معالجة كل إمدادات ماء الشرب، أما قبل توزيعها أو داخل المنازل نفسها. ولتطهير الماء بشكل مناسب، يجب أن تقل عكرته عن ٥ وحدات نيفيلومترية، علما بأنه يمكن تطهير الماء المرتفع العكرة – للاستعمالات الطارئة القصيرة المدة – بجرعة مزدوجة من الكلور بعد التصفية حتى يتم تقليل العكرة (اُنظر المرفق رقم ٦: شجرة القرارات المتعلقة بمعالجة الماء وحفظه في المنزل).

٦- ***معالجة الماء في المنزل***: إذا تعذر استعمال نظام مركزي لمعالجة الماء، أمكن الاستعانة بنظام معالجة الماء في موقع استعماله في المنزل كخيار بديل. وتشمل مختلف أشكال نظم معالجة الماء في موقع استعماله التي ثبت أنها تقلل حالات الإسهال وتحّسن النوعية الميكروبية البيولوجية للماء الذي تحفظه العائلات، كلاً من الغلي وإضافة الكلور، والتطهير بالأشعة الشمسية، والنضح عبر أواني فخارية، والنضح البطيء عبر الرمل، والتلبّد/التطهير. ويعتمد اختيار أنسب وسيلة من هذه الوسائل لسياق ما، على ظروف الماء والإصحاح القائمة، وجودة الماء ومدى قبول هذا الخيار ثقافيا، وإمكانية تطبيقه. ولكي ينجح تطبيق أي من وسائل تطهير الماء المذكورة، لا بد من توفير المواد واللوازم الضرورية والتدريب المناسب للمستفيدين. وينبغي تفادي اقتراح وسيلة لمعالجة الماء لم تخضع للاختبار في ظل كارثة. وفي المناطق التي يرجح تعرضها للخطر، يُنصح بالتفكير في الاحتفاظ بوسائل معالجة الماء في موقع استعماله مسبقا لتسهيل الاستجابة السريعة. وينبغي منح الأولوية لاستعمال المنتجات المتاحة محليا إذا أُريد مواصلة استعمالها في مرحلة ما بعد الكارثة. ويقتضي الاستعمال الفعال لهذه الوسائل متابعةً منتظمة ودعما ورصدا متواصلَين، وينبغي أن تكون كل هذه العوامل شرطا مسبقاً لاعتمادها كبديل لأساليب معالجة الماء الأخرى.

٧- ***نظام معالجة الماء بالكلور في موقع استعماله***: يمكن التفكير في استعمال جرعة مزدوجة من الكلور في حال تسجيل عكرة مرتفعة وعدم وجود مصدر بديل للماء. ويستحسن القيام بذلك لفترة قصيرة فقط وبعد توعية المستعملين بضرورة تقليل العكرة عن طريق التصفية والترشيح والترسيب قبل معالجة الماء (اُنظر المرفق رقم ٦: شجرة القرارات المتعلقة بمعالجة الماء وحفظه في المنزل).



٨- ***التلوث بالمواد الكيميائية والإشعاعية:*** عندما تفيد التقارير أو المعلومات الهيدرولوجية أو تلك المتعلقة بالنشاط الصناعي أو العسكري، بأن إمدادات الماء يمكن أن تطرح مخاطر كيميائية أو إشعاعية على الصحة، يتعين عندئذ تقدير هذه المخاطر على وجه السرعة بإجراء تحليل كيميائي. ثم ينبغي اتخاذ قرار يقارن بين المخاطر التي يطرحها استهلاك هذا الماء على الصحة العامة في الأجل القصير من ناحية، والفوائد المستخلصة من استهلاكه من ناحية أخرى. ولا ينبغي اتخاذ أي قرار بشأن استعمال مياه يحتمل أن تكون ملوثة لإمداد السكان بها في الأجل الطويل قبل إجراء تقدير وتحليل مهني أكثر تعمقا لوقع استهلاك هذا الماء على الصحة.

٩- ***المذاق***: على الرغم من أن مذاق الماء (كملوحة بسيطة) لا يطرح في حد ذاته مشكلة صحية مباشرة، فأن عدم تقبُّل الناس لمذاق الماء قد يدفعهم إلى استهلاك الماء من مصادر غير سليمة، مما يعّرض صحتهم للخطر. وفي هذه الحالة ينبغي تنظيم حملات توعية لضمان استهلاك المياه السليمة دون سواها.

١٠- ***ضمان جودة الماء المخصص لمراكز الصحة:*** ينبغي تطهير كل الماء المستعمل في المستشفيات ومراكز الصحة ومراكز التغذية باستعمال الكلور أو غيره من المطهرات الثمالية. وفي الحالات التي يرجح أن يجري فيها تحديد كمية الماء الذي يجوز توزيعه بسبب انقطاع الإمداد به، ينبغي تأمين مخزون كافٍ من الماء في المركز لضمان استمرار توفيره لتلبية حاجات الاستهلاك الاعتيادية (اُنظر المرفق رقم ٢: الحد الأدنى لكمية الماء اللازم للمؤسسات وللاستعمالات الأخرى، والمرفق رقم ٥: الحد الأدنى من ممارسات النظافة والإصحاح والحجر الصحي في مراكز معالجة الكوليرا).

معيار الإِمداد بالماء رقم ٣ : مرافق الماء

ينبغي إقامة مرافق مناسبة للسكان وتزويدهـم باللوازم التي تمكنهـم من جمع ما يكفي من الماء وحفظه واستعماله لتغطية حاجاتهـم إلى الشرب والطهي والمحافظة على نظافتهـم الشخصية، ولضمان سلامة ماء الشرب حتى وقت استهلاكه.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تزويد السكان المنكوبين باللوازم المناسبة لجمع الماء وحفظه (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١ ومعيار النهوض بالنظافة رقم ٢ في الصفحة٨٩).
- تشجيع مشاركة كافة الأشخاص المنكوبين والسكان المستضعفين في اختيار مواقع توزيع الماء وتصميمها، وفي بناء مرافق غسل الملابس والاستحمام (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- تخصيص أحواض خصوصية للغسل وأماكن مخصصة للنساء لغسل وتجفيف ملابسهن الداخلية ولوازمهن الصحية في مواقع توزيع الماء والمرافق الجماعية لغسل الملابس (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٢ ومعيار النهوض بالنظافة رقم ٢ في الصفحة رقم ٨٩).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تحصل كل عائلة على وعاءين على الأقل تتراوح سعتهما بين ١٠ و٢٠ لتراً، يخصص أحدهما لحفظ الماء والآخر لنقله (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١ ومعيار النهوض بالنظافة رقم ٢ والملاحظة الإرشادية ١ في الصفحة رقم ٩٠).
- ينبغي أن تحصل العائلات على أوعية لجمع الماء وحفظه ذات أعناق ضيقة أو ذات سدادات أو كليهما، أو غيرها من الوسائل الآمنة لحفظ الماء وسحبه ونقله وأن تستعملها بالفعل (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي توفير حوض واحد على الأقل لغسل الملابس لكل ١٠٠ شخص. وينبغي تخصيص أماكن محددة للنساء لغسل الملابس والاستحمام، وتوفير كمية كافية من الماء للاستحمام وغسل الملابس (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ينبغي أن يكون الماء المستعمل من قِبل العائلات خاليا من التلوث في كل الأوقات (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي ضمان ارتياح الجميع للمرافق المناسبة المتاحة لهم لجلب الماء وخزنه والاستحمام وغسل اليدين وغسل الملابس (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ينبغي تأمين الصيانة المنتظمة للنظم والمرافق المنشأة، وإشراك المستفيدين منها حيثما أمكن (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).

الملاحظات الإرشادية

١- ***جمع الماء وحفظه***: ينبغي أن يحصل الناس على أوعية لجمع الماء وحفظه واستعماله للشرب والطهي ولغسل الملابس والاستحمام. وينبغي أن تكون هذه الأوعية نظيفة وصحية ويسهل حملها، وأن تلبي الحاجات والتقاليد المحلية من حيث حجمها وشكلها وتصميمها. وقد يحتاج الأطفال والأشخاص الذين يعانون من عجز وكبار السن والمصابون بالإيدز وفيروسه إلى أوعية أصغر أو مصممة خصيصا لهم لنقل الماء. وتعتمد سعة الخزن المطلوبة على حجم العائلة ومدى استمرار توفر الماء. وتعتبر كمية ٤ ألتار تقريبا للشخص الواحد كمية مناسبة في الحالات التي تتوفر فيها إمدادات يومية مستمرة من الماء. وينبغي أن تتيح عملية تحسين طريقة جمع الماء وخزنه وسحبه بشكل آمن ومتابعتها، فرصة مناقشة قضايا تلوث الماء مع الفئات المعرضة للخطر، وعلى الأخص النساء والأطفال.

٢- ***الحمامات العامة والمرافق المشتركة لغسل الملابس:*** يحتاج الناس إلى مكان للاستحمام يحفظ خلوتهم وكرامتهم. وإذا تعذر تحقيق ذلك على مستوى المنزل، فقد يلزم إنشاء مرافق مركزية للرجال والنساء لأغراض الغسل. وعندما لا يكون الصابون متاحا أو شائع الاستعمال، يمكن توفير بدائل كالرماد أو الرمل النظيف أو الصودا ومختلف النباتات المناسبة للغسل أو الجلف أو كليهما. ويمثل غسل الملابس، وبالأخص ملابس الأطفال، نشاطا أساسيا في مجـال المحافظة على النظافة، كما يلزم غسل صحون الطهي وتناول الطعام. ويستحسن تصميم هذه المرافق وتحديد عددها وموقعها بالتشاور مع مستعمليها وعلى الأخص مع النساء والفتيات والأشخاص ذوو الإعاقة. ويمكن أن تسهم إقامة المرافق في أماكن مركزية يسهل الوصول إليها وذات إضاءة جيدة في ضمان أمن مستعمليها.



٣- ***صيانة شبكات الماء:*** من المهم توعية السكان المنكوبين بالوسائل المتاحة لصيانة المرافق التي تم توفيرها والحفاظ عليها وتزويدهم بما يلزم لتحقيق ذلك.

٤- التخلص من الفضلات العضوية

يمثل التخلص من الفضلات العضوية البشرية بشكل مأمون أول حاجز أمام تفشي الأمراض الغائطية المنشأ، حيث يساعد على الحد من انتشار الأمراض بالطرق المباشرة وغير المباشرة. وعليه، يعتبر التخلص المأمون من الفضلات العضوية أولوية قصوى. وينبغي معالجة هذا الجانب في معظم حالات الكوارث بالسرعة والجهد نفسيهما اللذين يميزان الإمداد بالماء الصالح للشرب، إذ يعتبر توفير مرافق مناسبة للتغوط واحدا من أهم الإجراءات العاجلة الضرورية لحفظ كرامة الناس وأمنهم وصحتهم وراحتهم.

معيار التخلص من الفضلات العضوية رقم ١ : وسط خالٍ من غائط البشر

ينبغي أن يكون المحيط الذي يعيش فيه الناس بصورة عامة، والمسكن ومناطق إنتاج الأغذية والمراكز العامة والمناطق المحيطة بمصادر الماء الصالح للشرب بصورة خاصة، في مأمن من التلوث بالغائط البشري.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تطبيق التدابير المناسبة لاحتواء الفضلات العضوية فوراً (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- الشروع على وجه السرعة بإجراء مشاورات مع السكان المتضررين بشأن التخلص المأمون من الفضلات العضوية وقواعد النظافة (اُنظر معيار النهوض بالنظافة رقم ١ والملاحظات الإرشادية ١-٦ في الصفحتين ٨٧ و٨٨).
- تنظيم حملات منسقة للنهوض بالنظافة تركز على التخلص الآمن من الفضلات العضوية واستخدام مرافق مناسبة (اُنظر معيار النهوض بالنظافة رقم ١ والملاحظات الإرشادية ١-٦ في الصفحتين ٨٧ و٨٨).

المؤشرات الأساسية (ينبغي قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يكون الوسط الذي يعيش فيه السكان المنكوبون خاليا من الغائط البشري (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ينبغي اتخاذ كل تدابير احتواء الفضلات العضوية، إي بناء مراحيض الخندق ومراحيض الحفرة والحفر الترشيحية بحيث تقع على بعد ٣٠ مترا على الأقل من أي مصدر من مصادر المياه الجوفية. وينبغي ألا تقل المسافة التي تفصل قاع أي مرحاض أو حفرة ترشيحية عن مستوى المياه الجوفية، عن متر ونصف المتر. (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).

- وفي حالات الفيضانات أو ارتفاع منسوب المياه الجوفية، ينبغي اتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجة مشكلة تلوث مصادر المياه الجوفية بالفضلات العضوية (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- كما ينبغي ألا تتسرب مياه صرف المراحيض أو تطفح باتجاه مصادر المياه السطحية أو مصادر المياه الجوفية غير العميقة. (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- يجب استعمال المراحيض بأنظف طريقة ممكنة، ويجب التخلص من غائط الأطفال فوراً مع احترام قواعد النظافة (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٤).

الملاحظات الإرشادية

١- ***التخلص المأمون من الفضلات العضوية:*** إن الهدف من برنامج التخلص من الفضلات العضوية بشكل مأمون هو ضمان عدم تلوث البيئة ببراز البشر. فكروا، بعد الكارثة مباشرةً، وبينما يجري إعداد خطة للتخلص من الفضلات العضوية، في تنفيذ حملة أولية للتنظيف، وتحديد مناطق التغوط وتسيّجها، وانتقاء أماكن المراحيض العامة وبناؤها. وحسب كل سياق، يُعد أسلوب حل مشكلات الإصحاح على مراحل في غاية الفعالية. ومن المفيد إشراك جميع فئات السكان المنكوبين في تنفيذ أنشطة التخلص المأمون من الفضلات العضوية. ويلزم، في الحالات التي لم يعتد فيها السكان على استعمال المراحيض في حياتهم اليومية، تنظيم حملة مشتركة لتوعية السكان وتشجيعهم على التخلص الآمن من الفضلات العضوية، وحفز الطلب على المزيد من المراحيض. وفي حالات الكوارث التي تحل بالمدن والتي قد تلحق أضراراً بشبكات المجاري، يلزم تقدير الوضع والتفكير في إقامة مراحيض نقالة، أو استعمال خزانات تفسخ الفضلات، وخزانات حجز الفضلات العضوية التي يمكن.تفريغها بانتظام. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لتفريغ الفضلات ومعالجتها ونقلها والتخلص منها بصورة نهائية.



٢- ***أماكن التغوط***: قد يلزم في المرحلة الأولى من كارثةٍ ما، تخصيص منطقة يمكن استعمالها كحقل للتغوط أو لإقامة مراحيض الخندق. ولا يمكن لمثل هذا المشروع أن ينجح ما لم تجر إدارته وصيانته بشكل صحيح، وما لم يفهم السكان أهمية استعمال المرافق المتاحة لهم وموقعها.

٣- ***المسافة بين شبكة المراحيض ومصادر الماء***: ينبغي أن تقع الحفر الترشيحية ومراحيض الخندق و/أو المراحيض على بعد ٣٠ مترا على الأقل من أي مصدر من مصادر المياه الجوفية. وينبغي ألا تقل المسافة التي تفصل قاع أي مرحاض عن مستوى المياه الجوفية عن متر ونصف المتر. وينبغي زيادة المسافات المذكورة آنفاً إذا كانت الأرض صخرية ذات صدوع أو كلسية، أو تقليلها إذا كانت التربة خفيفة. وفي بعض حالات الاستجابة للكوارث، قد لا تحتل مسألة تلوث المياه الجوفية موقع الصدارة في حال عدم استعمالها للشرب مباشرةً. وينبغي في مثل هذه الظروف اعتماد وسائل معالجة الماء في البيت أو غيرها من الخيارات (اُنظر معيار الإمداد بالماء رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٦ في الصفحة رقم ٩٧). وقد يلزم، في المناطق المغمورة بمياه الفيضانات أو التي يرتفع فيها منسوب سطح المياه الجوفية، بناء مراحيض مرتفعة أو استعمال خزانات تفسخ الفضلات العضوية لتفادي تلويث البيئة. كما يجب ألا تتسرب مياه خزانات تفسخ الفضلات أو تطفح باتجاه مصادر المياه السطحية أو مصادر المياه الجوفية.

٤- ***غائط الأطفال***: ينبغي إيلاء عناية خاصة للتخلص من غائط الأطفال الذي عادة ما يكون أخطر من غائط الكبار (حيث أن مستوى انتشار الأمراض الغائطية المنشأ بين الأطفال كثيرا ما يكون أعلى، وقد لا يكون الأطفال قد كوّنوا أجساما مضادة لمكافحة الأمراض) لذا ينبغي تزويد الآباء أو مقدمي الرعاية بمعلومات عن التخلص المأمون من غائط الأطفال وأساليب استعمال الحفّاضات وغسلها والمبولات لإدارة مسألة التخلص المأمون من الفضلات بشكل فعّال.

معيار التخلص من الفضلات العضوية رقم ٢ : تصميم مراحيض مناسبة ولائقة

ينبغي توفير مراحيض لائقة ومناسبة ومقبولة للناس تكون قريبة من مساكنهم بحيث يمكن لهم استعمالها بسرعة وأمان وسلامة في كل الأوقات، ليلاً ونهاراً.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- استشارة المستعملين كافة (على الأخص النساء والأشخاص ذوي القدرة المحدودة على الحركة) بشأن موقع مرافق الإصحاح وتصميمها وملاءمتها، وضمان موافقة الجميع عليها (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٤ ومبدأي الحماية ١ و٢ في الصفحات ٣١-٣٤)

- تزويد السكان المتضررين بالوسائل والأدوات والمواد اللازمة لبناء مراحيضهم الخاصة وصيانتها وتنظيفها (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٦ و٧).

- ينبغي توفير كميات كافية من الماء لغسل اليدين ولمراحيض السيفون و/أو المراحيض ذات السداد الصحي، وتوفير مواد النظافة الشرجية المناسبة للاستعمال في مراحيض الحفرة التقليدية (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٧ و٨).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي تصميم وبناء المراحيض واختيار موقعها بطريقة تكفل مراعاة المواصفات التالية:
  - يسهل على جميع فئات السكان، بمن فيهم الأطفال وكبار السن والنساء الحوامل والأشخاص ذوو الإعاقة، استعمالها بأمان (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١)
  - يجري اختيار موقعها بما يكفل الحد من المخاطر التي قد يتعرض لها مستعملوها وعلى الأخص النساء منهم والفتيات خلال الليل والنهار (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣ ومبدأ الحماية رقم ١، والملاحظات الإرشادية ١-٦ في الصفحتين ٣١ و٣٢)
  - تتيح إمكانية الاختلاء بما يراعي عادات مستخدميها (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣)
  - يسهل استعمالها والمحافظة على نظافتها ولا تشكل خطرا صحيا على البيئة. ويجري إمدادها بالماء لغسل اليدين أو رحض البراز أو كليهما حسب السياق (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٧ و٨)

- تتيح إمكانية تخلص النساء من حفاضاتهن الصحية أو توفر لهن إمكانية الاختلاء لغسل حفاضاتهن الشخصية وتجفيفها (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٩)؛
- تقلل من احتمالات تكاثر الذباب والبعوض إلى أدنى حد (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٧).
- تزوّد بآلية لشفط الفضلات العضوية ونقلها والتخلص منها بشكل مناسب في حال استعمال مراحيض ثابتة أو مخصصة للاستعمال الطويل الأجل يلزم تفريغها (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١١)
- في حال ارتفاع منسوب المياه الجوفية أو الفيضانات، يجري إعداد حُفر أو أوعية مانعة لتسرب الماء لتقليل احتمالات تلوث المياه الجوفية والبيئة (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١١)

- يخصص مرحاض واحد لعشرين شخصا على أكثر تقدير (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٤ والمرفق رقم ٣: الحد الأدنى من عدد المراحيض في الأماكن العامة والمؤسسات في حالات الكوارث).
- توّفر مراحيض منفصلة للرجال والنساء يمكن قفلها من الداخل في الأماكن العامة، كالأسواق ومراكز التوزيع ومراكز الصحة والمدارس، الخ (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٢ ومبدأي الحماية ١ و٢ في الصفحات ٣١-٣٤)
- لا تزيد المسافة الفاصلة بين المراحيض والمساكن عن ٥٠ متراً (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- يُنظم استعمال المراحيض لكل عائلة و/أو حسب الجنس (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٢-٥).
- ارتياح كافة السكان المتضررين لعملية التشاور وللمراحيض المتاحة، واستعمالهم لها بصورة مناسبة (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-١٠).
- ضمان غسل اليدين بعد استعمال المرحاض وقبل تناول الطعام وإعداده (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٨).



الملاحظات الإرشادية

١- ***مرافق مقبولة:*** يعتمد نجاح برامج التخلص من الفضلات العضوية على فهم مختلف حاجات الناس وعلى مشاركتهم. وربما يتعذر بناء مراحيض يقبلها الجميع، وقد يلزم بناء مراحيض خاصة للأطفال وكبار السن وللأشخاص المصابين بعجز، كالمراحيض ذات المقاعد أو المساند اليدوية، أو تزويدهم بمبولات أو قعّادات. ويعتمد نوع مرافق الإصحاح المنتقاة على وقت الاستجابة وما يفضله المستخدمون المستهدفون وتقاليدهم، والبنية الأساسية القائمة، ومدى توفر الماء (لمراحيض السيفون والمراحيض المانعة للتسرب) ونوع التربة، وتوفر مواد البناء. ويرد في الجدول التالي بيان مختلف أنواع وسائل التخلص من الفضلات العضوية المستعملة في مختلف مراحل الاستجابة للكارثة.

البدائل المحتملة للتخلص المأمون من الفضلات العضوية:

	شكل التخلص المأمون من الفضلات العضوية	ملاحظات بشأن التطبيق
١	مناطق التغوط المحددة (مثلاً مع أجزاء مفصولة بألواح)	المرحلة الأولى: اليومين أو الأيام الثلاثة الأولى حيث يحتاج عدد كبير من الناس إلى مرافق على الفور
٢	مراحيض خندقية	المرحلة الأولى: تصل إلى شهرين
٣	مراحيض الحفرة البسيطة	التخطيط منذ البداية للاستعمال الطويل الأجل
٤	مراحيض محّسنة مهّواة	الاعتماد على السياق لتخطيط الاستجابة المتوسطة والطويلة الأجل
٥	مراحيض تحويل الفضلات (تفصل البول عن البراز لاستعمال الفضلات كسماد) (ECOSAN)	حسب السياق: استجابة لارتفاع منسوب المياه الجوفية وحالات الفيضانات، منذ البداية أو في الأجل المتوسط أو الطويل
٦	خزانات التحليل/التفسخ	المرحلة المتوسطة والطويلة الأجل

٢- ***المراحيض العامة***: تُزود المراحيض، في الأماكن العامة، بنظم معتمدة مناسبة ومنتظمة للتنظيف والصيانة. وينبغي استعمال البيانات الخاصة بالسكان والمجزأة حسب فئاتهم لتخطيط نسبة المقصورات المخصصة للنساء وتلك المخصصة للرجال (٣ مقابل ١ عادة). كما ينبغي توفير مَباول للرجال حيثما أمكن (اُنظر المرفق رقم ٣: الحد الأدنى من عدد المراحيض في الأماكن العامة والمؤسسات في حالات الكوارث).

٣- ***المراحيض العائلية***: المراحيض العائلية هي الخيار المفضل حيثما أمكن. والهدف هو توفير مرحاض واحد لكل ٢٠ شخصا على أقصى تقدير، ويمكن توفير مرحاض واحد لكل ٥٠ شخصا في البداية، على أن يجري تخفيض عدد مستعمليه إلى ٢٠ شخصا بأسرع ما يمكن. ويتعذر في بعض الظروف الالتزام بهذا الرقم. وفي مثل هذه الحالة، ينبغي الدعوة بقوة إلى توفير مساحات إضافية. غير أنه يجدر التذكير بأن الهدف الأولي يتمثل في توفير بيئة خالية من غائط البشر.

٤- ***المرافق المشتركة***: ينبغي استشارة العائلات بخصوص موقع المراحيض المشتركة وتصميمها، ومسؤولية تنظيفها وصيانتها. وعادة ما ترتفع نسبة استعمال المراحيض عندما تكون نظيفة. وينبغي بذل جهود خاصة لتسهيل وصول الأشخاص المصابين بالايدز وفيروسه إلى المراحيض، حيث أنهم كثيرا ما يعانون من إسهال مزمن وقدرة محدودة على الحركة.

٥- ***المرافق الآمنة***: قد يؤدي اختيار موقع غير ملائم للمراحيض إلى زيادة درجة تعرض النساء والفتيات للاعتداء وبالأخص خلال الليل. لذا، يجب إيجاد سبل لضمان سلامة النساء وشعورهن بالأمان عند استعمالهن للمراحيض. وينبغي تزويد المراحيض العامة بالإضاءة حيثما أمكن أو تزويد العائلات بمشاعل. ويستحسن استشارة المجتمع المحلي فيما يتعلق بطرق تحسين أمن المستعملين. (انظر مبدأي الحماية ١ و٢ في الصفحات ٣١-٣٤)

٦- ***استعمال مواد وأدوات البناء المحلية***: يوصى بشدة باستعمال المواد المتاحة محلياً لبناء المراحيض، فمن شأن ذلك أن يحّسن مشاركة المجتمع المتضرر في استعمال المرافق وصيانتها. كما أن تزويد السكان المعنيين بأدوات البناء من شأنه أن يدعم هذا الهدف أيضا.

٧- ***الماء ومواد النظافة الشرجية***: ينبغي إمداد مراحيض السيفون و/أو المراحيض ذات السداد الصحي بالماء. وفيما يتعلق بمراحيض الحفرة التقليدية، قد يلزم توفير الورق أو مادة أخرى للنظافة الشرجية. وينبغي استشارة مستعملي المرافق بشأن أنسب مواد التنظيف والتخلص الآمن منها.

٨- ***غسل اليدين***: ينبغي أن تتاح للمستعملين وسيلة غسل يديهم بالصابون أو بديل آخر (كالرماد) بعد استعمال المرحاض، وبعد غسل مؤخرة الطفل الذي تغوط، وقبل تحضير الطعام وتناوله. وينبغي وضع مصدر دائم للماء قرب المرحاض لهذا الغرض.

٩- ***الحيض***: ينبغي تزويد النساء والفتيات الحائضات، بمن فيهن الطالبات، بالمواد المناسبة لامتصاص دم الحيض والتخلص منه. وينبغي استشارة النساء والفتيات لمعرفة ما يناسبهن من حيث التقاليد. وينبغي أن تضم المراحيض مكانا مناسباً للتخلص من مواد الحيض أو للغسل في معزل عن الآخرين (اُنظر معيار النهوض بالنظافة رقم ٢، والملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٨ في الصفحة رقم ٩٠).



١٠- ***إزالة الحمأة***: ينبغي التفكير على الفور في طرق شفط المراحيض وخزانات التحليل وأوعية الفضلات العضوية، بما في ذلك تحديد الموقع النهائي للتخلص من الفضلات العضوية حيثما كان ذلك مناسباً ووفقاً للحاجة.

١١- ***توفير المراحيض في الأوساط التي تطرح صعوبات:*** عادة ما يكون توفير مرافق مناسبة للتخلص من الفضلات العضوية أمرا لا يخلو من صعوبة في حالات الفيضانات أو الكوارث التي تصيب المدن. وفي هذه الحالات، ينبغي التفكير في الاستعانة بمختلف آليات احتواء الفضلات البشرية، كالمراحيض المرتفعة، ومراحيض تحويل الفضلات، وخزانات احتواء الفضلات العضوية، وأكياس البلاستك التي تستعمل مرة واحدة بصفة مؤقتة، مصحوبة بنظم ملائمة لجمعها والتخلص منها. وينبغي أن تُدعم هذه الأساليب المختلفة بأنشطة النهوض بالنظافة.

٥- مكافحة نواقل الأمراض

ناقل المرض هو حشرة تحمل المرض. وتُعد الأمراض التي تنقلها هذه الحشرات من أهم أسباب الإصابة بالأمراض والوفيات في العديد من حالات الكوارث. والبعوضة هي الحشرة المسؤولة عن تفشي الملاريا التي تمثل أحد أهم أسباب المرض والوفيات. كما ينقل البعوض أمراضاً أخرى كالحمى الصفراء والضنك والحمى النزفية. ويؤدي الذباب غير القارص، كذباب البيت وذباب السروء وذباب اللحم، دورا مهما في انتشار أمراض الإسهال. ويشكل الذباب القارص وبق الفراش والبراغيث مصدر أذى، وتنقل هذه الحشرات أمراضاً خطيرة مثل تيفوس موراين والطاعون. وينقل القرّاد الحمى الراجعة، وينقل قمل جسم الإنسان التيفوس والحمى الراجعة. ويمكن أن تنقل الجرذان والفئران أمراضاً مثل داء البريميات وداء السالمونيلا، كما يمكن أن تأوي نواقل أخرى للأمراض، كالذباب الذي يمكن أن ينقل حمى لاسا والطاعون وغيرها من الأمراض.

ويمكن مكافحة الأمراض التي تحملها نواقل الأمراض عبر مجموعة متنوعة من المبادرات بما فيها انتقاء الموقع المناسب، وتوفير المأوى، وتوفير كميات كافية من الماء، والتخلص من الفضلات العضوية، ومعالجة النفايات الصلبة، والصرف الصحي بشكل مناسب، وتقديم خدمات الصحة (بما في ذلك إشراك المجتمعات المحلية والنهوض بالصحة)، واستعمال المبيدات الكيميائية، وحماية العائلة والفرد، والحماية الفعلية لمخازن الغذاء. وعلى الرغم من أن طبيعة الأمراض التي تحملها نواقل الأمراض كثيرا ما تكون معقدة، وكثيراً ما تتطلب معالجة المشكلات المرتبطة بها استشارة اختصاصيين، فهناك الكثير من الإجراءات البسيطة والفعالة التي يمكن اتخاذها لمكافحتها بعد أن يتم تحديد المرض والحشرة المسؤولة عن نقله وعلاقتهما بالسكان.

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ١ : حماية الفرد والعائلة

ينبغي تزويد جميع الناس المتضررين من الكوارث بالمعلومات والوسائل الكفيلة بحماية أنفسهم من نواقل الأمراض والحيوانات الضارة التي يرجح أن تمثل خطراً ملموساً على صحتهم أو راحتهم.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- توعية جميع السكان المتضررين المعرضين لخطر الإصابة بأمراض تحملها نواقل الأمراض بالأسباب المحتملة لمثل هذه الأمراض، وطرق انتقالها، والأساليب الممكنة للوقاية منها (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٥).
- مساعدة السكان المتضررين على تفادي التعرض للبعوض خلال الأوقات التي ترتفع فيها نسبة لسعات الحشرات لتبلغ ذروتها، باستعمال كل الوسائل غير الضارة (كالناموسيات ومستحضرات إبعاد الحشرات، الخ) التي توفَر لهم (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- إيلاء عناية خاصة لحماية الفئات شديدة التعرض للخطر، كالنساء الحوامل والمرضعات والرضع وصغار الأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي القدرة المحدودة على الحركة والمرضى (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- الكشف عن قمل الجسم البشري عندما يهدد التيفوس المنقول بالقمل أو الحمى الراجعة صحة الناس (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- التأكد من تهوية وغسل الملاءات والملابس بانتظام (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٤).



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي تزويد جميع السكان بمآوٍ خالية من نواقل الأمراض، تحول دون تكاثرها وتضم عناصر مناسبة لمكافحتها (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٣-٥).
- ينبغي أن يفهم جميع السكان المعرضين لخطر الإصابة بأمراض تحملها نواقل الأمراض طرق انتقالها وأن يتخذوا التدابير اللازمة لحماية أنفسهم منها (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٥).
- ينبغي أن يسعى الأشخاص الذين تم تزويدهم بناموسيات مشبعة بالمبيدات إلى استعمالها بالفعل (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ينبغي حماية الطعام الذي تخزنه العائلات من التلوث بنواقل الأمراض كالذباب والحشرات والقوارض (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٤).

الملاحظات الإرشادية

١- ***تعريف خطر الإصابة بأمراض تسببها نواقل الأمراض***: ينبغي أن تستند القرارات الخاصة بعمليات مكافحة نواقل الأمراض إلى تقديرٍ لاحتمال انتشار الأمراض وكذلك إلى برهان سريري يثبت تفشي مرض ناجم عن نواقل الأمراض. ومن جملة العوامل التي يمكن أن تؤثر في هذا التهديد نذكر:

- حالة مناعة السكان، بما في ذلك تعرضهم السابق للأمراض والإجهاد الغذائي وغيره من أشكال الإجهاد. ويمثل تنقل السكان (كاللاجئين والنازحين داخل بلدانهم) من منطقة خالية من أي مرض متوطن إلى منطقة يتوطن فيها المرض سبباً شائعاً لتفشي الأوبئة؛
- نوع مسبب المرض وانتشاره في كل من الإنسان ونواقل الأمراض؛
- فصيلة ناقل المرض وسلوكه وبيئته؛
- عدد نواقل الأمراض (الموسم، مواقع التكاثر وما إلى ذلك)؛
- زيادة التعرض لنواقل الأمراض بسبب قربها، وشكل المستقرات، ونوع المأوى، وتدابير الحماية والوقاية الشخصية.

٢- ***مؤشرات لبرامج مكافحة نواقل الأمراض:*** إن أكثر المؤشرات استعمالاً في قياس وقع أنشطة مكافحة نواقل الأمراض هي معدلات انتشار الأمراض المحمولة بنواقل الأمراض (التي تستقى من البيانات الوبائية وبيانات المجتمعات المحلية ومؤشرات غير مباشرة حسب نوع الاستجابة) وتعداد الطفيليات (باستعمال لوازم التشخيص السريع أو المجهري).

٣- ***وسائل الحماية الشخصية من الملاريا***: إذا ارتفع خطر الإصابة بالملاريا، يستحسن توفير وسائل الحماية بسرعة وبطريقة منهجية، كالمواد المعالجة بمبيدات الحشرات، مثل الخيم والستائر والناموسيات. وتمثل الناموسيات المشبعة بمبيدات الحشرات ميزة إضافية، حيث أنها تحمي الإنسان من قمل الجسم والشعر والبراغيث والصراصير وبق الفراش. وهناك وسائل أخرى لمكافحة البعوض كارتداء ملابس طويلة الأكمام، واستعمال المبيدات التبخيرية، واللوالب، والرذاذات، ومستحضرات إبعاد الحشرات. ومن المهم ضمان فهم المستفيدين لأهمية الحماية وكيفية استعمال الأدوات المتاحة بشكل صحيح لتحقيق فعالية وسائل الحماية. وحيثما كانت الموارد محدودة، وجب استعمالها لصالح أكثر الأفراد والفئات تعرضاً للخطر، كالأطفال دون سن الخامسة والأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة والنساء الحوامل.

٤- ***وسائل الحماية الشخصية من نواقل الأمراض الأخرى***: تُعد النظافة الشخصية وغسل الملابس والملاءات بشكل منتظم، أفضل حماية ممكنة من قمل الجسم. ويمكن مكافحة انتشار الحشرة عن طريق المعالجة الشخصية (رش المستحضر) أو حملات الغسل أو مكافحة القمل الجماعية، وتطبيق بروتوكولات المعالجة مع وصول النازحين الجدد إلى أحد المستوطنات البشرية. ومن شأن المحافظة على نظافة البيت، والتخلص من النفايات، وخزن الطعام (المطهي وغير المطهي) بشكل سليم أن يحول دون دخول الجرذان وغيرها من القوارض والحشرات (كالصراصير) إلى المنازل أو المآوي.

٥- ***الأمراض المائية المنشأ***: ينبغي إبلاغ الناس بالمخاطر الصحية وحملهم على تفادي الدخول في المساحات المائية التي تعرضهم للإصابة بأمراض مثل البلهارسيا أو دودة غينيا أو داء البريميات (التي تنتقل عبر التعرض لبول الثديات وعلى الأخص بول الجرذان: اُنظر المرفق رقم ٤: الأمراض

المائية المنشأ والمرتبطة بالفضلات العضوية وآليات انتقالها). وقد يتعين على الوكالات الإنسانية أن تعمل مع المجتمع المحلي لإيجاد مصادر أخرى للماء أو تأمين معالجة الماء المخصص لكل الاستعمالات بصورة ملائمة.

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ٢ : تدابير الحماية المادية والكيميائية والبيئية

ينبغي تفادي توطين الناس المتضررين من الكوارث في أماكن تعرضهم لنواقل الأمراض والحيوانات الضارة، والتحكم في أعدادها حيثما أمكن بحيث لا تتجاوز الحدود المقبولة .

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- توطين السكان النازحين في مواقع تقلل من درجة تعرضهم لنواقل الأمراض، وبالأخص البعوض (أُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- التخلص من مواقع تناسل نواقل الأمراض وتجمعها/أو تعديلها حيثما أمكن (أُنظر الملاحظات الإرشادية ٢-٤).
- تكثيف مكافحة الذباب في المستوطنات البشرية المكتظة بالسكان في حال انتشار الإسهال أو احتمال انتشاره (أُنظر الملاحظة الإرشادية ٢)



- توفير مرافق فعالة يُحال إليها الأشخاص المصابون بالملاريا لتشخيص المرض ومنحهم العلاج اللازم على وجه السرعة (أُنظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- المؤشرات الأساسية
- السهر على أن تظل كثافة البعوض منخفضة لتفادي خطر ارتفاع مستوى انتقال الأمراض وعدواها (أُنظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- السهر على تقليل حالات إصابة الأشخاص الذين يعانون من مشكلات صحية ناجمة عن نواقل الأمراض (أُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٥).

الملاحظات الإرشادية

١- *اختيار الموقع:* يعد اختيار الموقع عاملا مهما في التقليل من درجة تعرض السكان لخطر الإصابة بأمراض تحملها نواقل الأمراض، وينبغي أن يشكل أحد العناصر الأساسية في تحديد أماكن الإقامة المحتملة للسكان. ففيما يتعلق بمكافحة الملاريا مثلا، ينبغي إقامة المخيمات على بعد كيلومتر واحد أو اثنين (عكس اتجاه الريح) من أهم مواقع تكاثر الحشرات، كالمستنقعات أو البحيرات كلما أتيح توفير مصدر إضافي للماء الصالح للشرب (أُنظر معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٢، والملاحظات الإرشادية ٥-٩ في الصفحتين ٢٤٦ و٢٤٧).

٢- ***مكافحة نواقل الأمراض بيئياً وكيميائياً:*** هناك عدد من تدابير الهندسة البيئية الأساسية التي يمكن تطبيقها لتقليل فرص تكاثر نواقل الأمراض. وتضم هذه التدابير التخلص من فضلات البشر والحيوانات (أُنظر القسم الخاص بالتخلص من الفضلات العضوية في الصفحة رقم ١٠٠) والتخلص من النفايات بشكل مناسب لمكافحة الذباب والقوارض (اُنظر القسم الخاص بإدارة النفايات الصلبة في الصفحة رقم ١١٢) والصرف الصحي الراكد، وإزالة الغطاء النباتي غير المرغوب فيه حول القنوات المفتوحة والمستنقعات لمكافحة البعوض (اُنظر القسم الخاص بالصرف الصحي في الصفحة رقم ١١٦). ويُرجح أن يكون لمثل تدابير الصحة البيئية هذه التي تتخذ من باب الأولوية بعض الأثر في درجة تركّز بعض نواقل الأمراض. وقد يتعذر تحقيق الوقع الكافي على كل مواقع تكاثر نواقل الأمراض وتغذيتها وتجمعها داخل المستوطنات البشرية أو بالقرب منها حتى في الأجل الطويل. وبالتالي، فقد يلزم استعمال مواد كيميائية لمكافحتها في أماكن معينة أو استعمال وسائل الحماية الشخصية. فيمكن أن يسهم رش المبيدات مثلاً في تقليل عدد الذباب البالغ، وتفادي تفشي الإسهال، أو قد يساعد على تقليل حالات تفشي المرض إذا تم استعمالها أثناء انتشار الوباء.

٣- ***تنظيم الاستجابة***: قد تفشل برامج مكافحة نواقل الأمراض إذا لم تستهدف ناقل المرض المعني، أو استعملت وسائل غير فعالة لمكافحته، أو استهدفت ناقل المرض الصحيح ولكن ليس في المكان الصحيح ولا في الوقت المناسب. وينبغي أن تستهدف برامج المكافحة الأهداف الثلاثة التالية في المقام الأول: تقليل الكثافة العددية لناقل المرض؛ تقليل مجـال الاتصال بين البشر وناقل المرض؛ تقليل مواقع تكاثر ناقل المرض. وقد يؤتي التنفيذ السيء لبرامج مكافحة نواقل الأمراض عكس النتائج المرجوة. وعليه، فلا بد من إجراء دراسات مفصلة، والتماس مشورة الخبراء في منظمات الصحة الوطنية والدولية في أكثر الأحيان، بالإضافة إلى التماس المشورة المحلية بشأن أنماط المرض، ومواقع تكاثر الحشرات، التغييرات الموسمية في عدد نواقل الأمراض، وعدد حالات الإصابة بها، الخ.

٤- ***مكافحة البعوض بيئياً:*** إن الغرض من مكافحة البعوض بيئياً هو القضاء على مواقع تكاثره. وإن أهم فصائل البعوض الثلاث المسؤولة عن نقل المرض هي *الأنوفيليس* (fiariasis) *والكولكس* (الملاريا والفيلاريا) *والآديس* (الحمى الصفراء وحمى الضنك). ويتكاثر البعوض من فصيلة *كوليكس* في المياه الراكدة المحمّلة بالمواد العضوية كمواد المراحيض؛ بينما يتكاثر البعوض من فصيلة *الأنوفيليس* Anopheles في مياه سطحية قليلة التلوث نسبياً كالحفر الضحلة والجداول البطيئة الانسياب والآبار؛ في حين يتكاثر البعوض من فصيلة *أديس* في أوعية الماء كالقناني والأواني والأطر المطاطية وما إلى ذلك. ومن جملة الأمثلة على مكافحة البعوض بيئيا يمكن أن نذكر الصرف الجيد للمياه، والتشغيل السليم للمراحيض المحسنة المُهواة.،ووضع غطاء على حفر التغوط وعلى أوعية الماء، وتغطية الآبار و/أو معالجتها بمبيد لليرقات (في الأماكن التي تكون فيها حمى الضنك متوطنة مثلاً).

٥- ***معالجة الملاريا***: ينبغي تطبيق استراتيجيات مكافحة الملاريا التي ترمي إلى تقليل أعداد البعوض بالتزامن مع التشخيص والعلاج المبكرين بأدوية فعالة ضد الملاريا. وينبغي أن تشمل هذه الاستراتيجيات القضاء على مواقع تكاثره، وتقليل معدل حياة البعوض اليومي، وتقليل نسبة لسعات البعوض. وينبغي مباشرة حملات تشجيع التشخيص والعلاج المبكرين للمرض ومواصلتها. وتجدر الإشارة إلى أن الكشف النشيط عن حالات الإصابة بالمرض على يد عاملين مجتمعيين

مدربين وعلاجها بمضادات الملاريا المؤثرة في إطار نهج متكامل، من شأنه أن يسهم في تقليل عدد حالات الإصابة بالمرض مقارنة مع أسلوب البحث عن هذه الحالات عبر خدمات الصحة المركزية (أُنظر خدمات الصحة الأساسية – معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٣ في الصفحة رقم ٣٠٠).

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ٣ : استعمال المبيدات الكيميائية بطريقة مأمونة

ينبغي تطبيق الأساليب الكيميائية لمكافحة نواقل الأمراض بطريقة تضمن حماية ملائمة للموظفين والسكان المتضررين من الكارثة والبيئة المحلية، وتتفادى توليد مقاومة للمواد الكيميائية المستعملة.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- حماية الموظفين الذين يستعملون المواد الكيميائية عن طريق تدريبهم وتزويدهم بملابس واقية، ومرافق للاستحمام، وتقييد عدد الساعات التي يجوز لهم خلالها استعمال المواد الكيميائية (أُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- إبلاغ السكان المتضررين من الكارثة بالمخاطر المحتملة التي تطرحها المواد المستعملة في المكافحة الكيميائية لنواقل الأمراض ومواعيد رشها. كما ينبغي أن توفر لهم وسائل الحماية أثناء استعمال السموم أو المبيدات وبعده وفقاً لإجراءات متفق عليها دولياً (أُنظر الملاحظة الإرشادية ١).



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي الالتزام بالمعايير الدولية المتفق عليها عند اختيار المواد الكيميائية المستعملة في مكافحة نواقل الأمراض ونوعيتها ونقلها وخزنها. وينبغي تفادي أي آثار سلبية ناتجة عن المواد الكيميائية المستعملة في مكافحة نواقل الأمراض (أُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي التمكن من بيان استعمالات المواد الكيميائية المستعملة في مكافحة نواقل الأمراض في أي وقت (أُنظر الملاحظة الإرشادية ١).

ملاحظة إرشادية

١- ***البروتوكولات الوطنية والدولية***: لقد نشرت منظمة الصحة العالمية بروتوكولات ومعايير واضحة يجب الالتزام بها في كل الأوقات. وتتعلق هذه البروتوكولات باختيار المواد الكيميائية المستعملة في مكافحة نواقل الأمراض وتطبيقها على حد سواء. وينبغي لإجراءات مكافحة نواقل الأمراض أن تراعي نقطتين أساسيتين هما: الفعالية والأمان. فإذا لم تلتزم المعايير الوطنية المتعلقة باختيار المواد الكيميائية بالمعايير الدولية، وكان وقعها بالتالي محدودا أو منعدما تماما، أو عرّض الصحة والسلامة للخطر، وجب على المنظمة الإنسانية عندئذ أن تستشير السلطة الوطنية وأن تحاول التأثير فيها لكي توافق على الالتزام بالمعايير الدولية.

٦- إدارة النفايات الصلبة

إدارة النفايات الصلبة هي معالجة النفايات الصلبة العضوية والخطيرة والتخلص منها. ويمكن أن تطرح هذه النفايات مخاطر كبرى على الصحة العامة للسكان المتضررين وأن تلحق أضراراً بالبيئة ما لم تُعالج بصورة مناسبة. ويمكن أن تنجم هذه المخاطر عن تكاثر الذباب والجرذان التي تعيش من النفايات الصلبة (أُنظر القسم الخاص بمكافحة نواقل الأمراض في الصفحة رقم ١٠٦) وتلوث المياه السطحية ومصادر المياه الجوفية بنضاض (السائل المرشح) النفايات المنزلية والطبية أو الصناعية. كما يمكن أن يؤدي عدم التخلص من النفايات الصلبة وتراكمها، بالإضافة إلى تراكم الحطام الناجم عن الكارثة الطبيعية إلى تشويه البيئة والمساهمة في تدهورها ويحبط بالتالي أي رغبة في تحسين جوانب الصحة البيئية الأخرى. وكثيرا ما تسد النفايات الصلبة قنوات الصرف وتزيد من احتمال الفيضانات وتسبب بالتالي مشكلات صحية بيئية ناجمة عن تجمع المياه السطحية الراكدة وتلوثها. وقد يتعرض ملتقطو النفايات الذين يكسبون دخلا ضئيلا من جمع المواد التي يمكن إعادة استخدامها، لخطر الإصابة بأمراض معدية عبر نفايات المستشفيات المخلوطة بالنفايات المنزلية.

معيار إدارة النفايات الصلبة رقم ١ : جمع النفايات والتخلص منها

ينبغي أن تكون بيئة السكان المتضررين خالية من النفايات الصلبة، بما فيها النفايات الطبية، وأن تتاح لهم وسائل التخلص من نفاياتهم المنزلية بشكل مناسب وفعال.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- إشراك السكان المنكوبين في تصميم برامج التخلص من النفايات الصلبة وتنفيذها (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- تنظيم حملات دورية للتخلص من النفايات الصلبة (اُنظر الملاحظة الإرشادية ١).
- التفكير في فرص إقامة مشاريع صغيرة أو تحصيل دخل إضافي من إعادة استخدام بعض النفايات (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- تخطيط نظام، بالتعاون مع السكان المتضررين، يؤمّن وضع النفايات المنزلية في أوعية بغية حرق النفايات التي تجمع بانتظام أو طمرها في حفر مخصصة لها، وفصل نفايات العيادات وغيرها من النفايات الخطرة خلال عملية التخلص من النفايات (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).

- إزالة القمامة من المستوطنات البشرية قبل أن تتحول إلى مصدر إزعاج أو تشكل خطراً على الصحة (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٢ – ٦).
- توفير وسائل إضافية للأسر المضيفة تتيح لها جمع النفايات وخزنها، للاستجابة لتراكم النفايات الإضافي في حالات الكوارث.
- تخصيص حفر أو أوعية أو مناطق واضحة لجمع القمامة وتسييجها بشكل مناسب في الأماكن العامة كالأسواق ومناطق إعداد السمك والمسالخ، (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٣-٦).
- ضمان وجود نظم تؤمن الجمع المنتظم للقمامة (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٣-٦).
- تخطيط مسألة التخلص النهائي من النفايات الصلبة بطريقة وفي مكان يضمنان تفادي نشوء مشكلات صحية وبيئية لكل من السكان المضيفين والسكان المتضررين (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٦ و٧).
- تزويد الأشخاص الذين يعملون في جمع النفايات الصلبة والتخلص منها، والذين يجمعون القمامة لإعادة استعمالها، بالملابس الواقية المناسبة وتطعيمهم ضد التيتانوس والتهاب الكبد باء (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٧).
- إن دفن الجثث بشكل مناسب وبكرامة يمثل أولوية، وينبغي تنسيق هذه العملية مع المنظمات والسلطات المعنية بهذا الأمر (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٨).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)



- تتاح لكل العائلات إمكانية استعمال أوعية للقمامة تُفرّغ مرتين في الأسبوع على أقل تقدير، وتقع على بعد ١٠٠ متر على الأكثر من حفرة مشتركة للقمامة (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- تُزال النفايات التي يلفظها السكان الذين يعيشون في مستقرات بشرية من محيط معيشتهم المباشر يومياً، وتُزال من المستقر البشري مرتين في الأسبوع على أقل تقدير (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١-٣).
- ينبغي توفير وعاء واحد على الأقل للقمامة تبلغ سعته ١٠٠ لتر لكل ١٠ أسر في الحالات التي لا تطمر فيها القمامة المنزلية في الموقع (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- التخلص السريع والمأمون من النفايات الصلبة بما يضمن تقليل خطر تلويث النفايات الصلبة للبيئة إلى أدنى حد ممكن (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٤-٦).
- ينبغي فصل كل النفايات الطبية (بما فيها النفايات الخطرة كالآنية الزجاجية والإبر والضمادات والعقاقير) عن النفايات الأخرى والتخلص منها بشكل منفصل في حفرة أو محرق ذي حفرة عميقة لجمع الرماد يُصمم ويُبنى ويدار بشكل صحيح ضمن حدود كل مرفق صحي (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٤-٧).

الملاحظات الإرشادية

١- ***التخطيط والتنفيذ***: ينبغي وضع خطة للتخلص الآمن من النفايات الصلبة وتنفيذها بالتشاور والتعاون الوثيقين مع السكان المتضررين والمنظمات والسلطات المعنية. وينبغي الشروع في هذه العملية في مستهل عملية الاستجابة وقبل أن تتحول مشكلة النفايات الصلبة إلى خطر صحي كبير على السكان المتضررين. كما ينبغي، حسب الظروف، تنظيم حملات تنظيف منتظمة بالتشاور مع السكان والسلطات المحلية المعنية.

٢- ***طمر النفايات***: إذا طُمرت النفايات في الموقع، إما في حفر عائلية أو حفر جماعية، وجب تغطيتها بطبقة رقيقة من التربة كل أسبوع على الأقل، لتفادي اجتذاب نواقل الأمراض كالذباب والقوارض وتحولها إلى موقع لتكاثرها. وفي حال التخلص من فضلات الأطفال وحفاضاتهم، ينبغي تغطيتها بالتراب على الفور. وينبغي تسييج مواقع التخلص من النفايات لتفادي الحوادث ودخول الأطفال والحيوانات إليها. وينبغي اتخاذ الحيطة لتفادي تلوث المياه الجوفية عبر نضّ التربة.

٣- ***نوع القمامة وكميتها:*** تختلف القمامة في المستوطنات البشرية اختلافا كبيرا من حيث كميتها ونوعيتها حسب نوع النشاط الاقتصادي وحجمه، والأغذية الأساسية المستهلكة، والممارسات المحلية في مجـال إعادة تصنيع النفايات و/أو التخلص منها. وينبغي تقدير أثر النفايات الصلبة في صحة الناس واتخاذ التدابير الضرورية عند اللزوم. وينبغي جمع النفايات في أوعية مخصصة لهذا الغرض والتخلص منها من ثم في حفر تُطمر أو تُحرق فيها. وإذا تعذر توفير أوعية للقمامة لكل عائلة، وجب عندئذ توفير أوعية جماعية للقمامة. كما ينبغي تشجيع عملية إعادة تصنيع النفايات في المجتمع المحلي، على ألا يمثل ذلك خطراً ملموساً على الصحة. ويستحسن تفادي توزيع سلع تخّلف كميات كبيرة من النفايات الصلبة بسبب طريقة تغليفها أو مقتضيات معالجتها في الموقع.

٤- ***النفايات الطبية:*** إن عدم معالجة النفايات التي تخلفها الرعاية الصحية بصورة ملائمة، يمكن أن يعّرض السكان والعاملين في مجـال الرعاية الصحية والمسؤولين عن التخلص من النفايات للعدوى والآثار السامة والجروح. ولعل أخطر أنواع النفايات في حالات الكوارث، هي الأدوات الحادة وغير الحادة المعدية (كضمادات الجراح، والملابس الملطخة بالدماء، والمواد العضوية مثل المشيمة وما إلى ذلك). لذا، ينبغي فرز مختلف أنواع النفايات على الفور. فيمكن التخلص من النفايات غير المعدية (كالورق والأغلفة البلاستيكية والطعام وما إلى ذلك) بوصفها نفايات صلبة. وينبغي وضع الأدوات الجارحة، وعلى الأخص الإبر والمحاقن المستعملة، في صندوق مقفول بعد استعمالها مباشرة. ويمكن التخلص من هذه الصناديق وغيرها من النفايات المعدية في الموقع بدفنها أو حرقها أو التخلص منها بأي وسيلة مأمونة أخرى (اُنظر معيار نظم الصحة رقم ١، والملاحظة الإرشادية ١١ في الصفحة ٢٨٥).

٥- ***نفايات الأسواق:*** يمكن معالجة معظم نفايات السوق بالطريقة نفسها التي تعالج بها النفايات المنزلية. وقد تتطلب نفايات المسالخ معالجة ومرافق خاصة للتخلص من السوائل ولضمان احترام قواعد النظافة والقوانين المحلية عند سلخ الحيوانات. ويمكن التخلص من نفايات المسالخ في حفر كبيرة لها غطاء بالقرب من المسلخ. ويمكن التخلص من الدم وما إلى ذلك عبر قناة مسدودة تربط بين المسلخ والحفرة (مما يقلل من تعرض الحفرة للذباب). كما ينبغي توفير الماء اللازم للتنظيف.

٦- ***مقالب ومدافن القمامة الصحية الخاضعة للمراقبة***: ينبغي التخلص من كميات النفايات الكبيرة خارج الموقع إما في مقالب أو مدافن صحية خاضعة للمراقبة. وتعتمد هذه الطريقة على توفر مساحة كافية وإمكانية استعمال معدات ميكانيكية. ويستحسن تغطية النفايات المطمورة بطبقة من التربة في نهاية كل يوم لتفادي تكاثر القوارض ونواقل الأمراض.

٧- ***رعاية الموظفين:*** ينبغي تزويد كل الأشخاص المعنيين بمعالجة النفايات الصلبة الذين يقومون بجمعها أو نقلها أو التخلص منها بملابس واقية كالقفازات على الأقل واللباس الشامل والجِزَم والأقنعة الواقية. كما ينبغي تطعيمهم، عند الضرورة، ضد التيتانوس وداء/ والتهاب الكبد باء. وينبغي تزويدهم بالماء والصابون لغسل اليدين والوجه. وينبغي إعلام العاملين الذين يعالجون النفايات الطبية بالأساليب الصحيحة لحفظها ونقلها والتخلص منها، وبالمخاطر التي يمكن أن تستتبعها معالجة هذه النفايات بطريقة غير سليمة.

٨- ***إدارة الجثث:*** ينبغي معالجة مسألة إدارة و/أو دفن الجثث بعد الكوارث الطبيعية بطريقة ملائمة تحفظ الكرامة. وعادة ما يضطلع بهذه العملية فرق البحث والانتشال بالتنسيق مع الوكالات والسلطات الحكومية المعنية. كما ينبغي تدبير دفن الأشخاص الذي راحوا ضحية أمراض معدية، بصورة مناسبة بالتشاور والتنسيق مع السلطات الصحية (اُنظر معيار نظم الصحة رقم ١، والملاحظة الإرشادية ١٢ في الصفحة رقم ٢٨٥). بوسعكم الحصول على مزيد من المعلومات بشأن طريقة دفن الموتى بصورة ملائمة في قسم المراجع والمطالعات الإضافية.



٧- الصرف الصحي

قد يكون مصدر تجمّع المياه السطحية في المستوطنات البشرية أو بالقرب منها هو مياه الصرف المنزلية والمياه المتجمعة في مواقع توزيع الماء، بالإضافة إلى تسرب مياه المراحيض والمجاري ومياه الأمطار والفيضانات. إن أهم المشاكل الصحية المرتبطة بالمياه السطحية هي مشاكل ناجمة عن تلوث الماء والمحيط الذي يعيش فيه الناس، وإلحاق أضرار بالمراحيض والمساكن، وتكاثر الحشرات والقوارض، والغرق. وقد تؤدي مياه الأمطار وارتفاع منسوب مياه الفيضانات إلى تفاقم حالة الصرف في المستوطنات البشرية وزيادة خطر التلوث. وعليه، ينبغي تنفيذ خطة مناسبة للصرف الصحي تأخذ في الاعتبار مسألة صرف مياه الأمطار عن طريق تخطيط الموقع، فضلا عن التخلص من مياه المجاري باستعمال معدات الصرف الصغيرة في الموقع لتقليل المخاطر الصحية المحتملة على السكان المتضررين من الكوارث. ويتناول هذا الجزء مشكلات الصرف والأنشطة المحدودة النطاق المرتبطة به. أما العمليات واسعة النطاق للصرف الصحي، فيعتمد تخطيطها على الموقع المختار لإقامة المستوطنات البشرية ونموها (اُنظر معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٥ في الصفحة رقم ٢٤٦).

معيار الصرف الصحي رقم ١ : أعمال الصرف

ينبغي تقليل المخاطر على الصحة وغيرها من المخاطر الناجمة عن التعرية بفعل الماء والمياه الراكدة، بما فيها مياه الأعاصير والفيضانات، ومياه الصرف المنزلية، ومياه صرف المرافق الطبية، إلى أدنى حد ممكن.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- توفير مرافق مناسبة لصرف المياه لتفادي تجمع مياه الصرف الراكدة حول المساكن ومواقع توزيع الماء، وتفادي انسداد قنوات صرف مياه الأمطار (اُنظر الملاحظات الإرشادية ١و٢ و٤ و٥).
- التوصل إلى اتفاق مع السكان المتضررين حول كيفية حل مشكلة الصرف وتوفير عدد كاف من الأدوات اللازمة لإقامة شبكات صغيرة للصرف وصيانتها عند اللزوم (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- ضمان تزويد كل نقاط توزيع الماء ومرافق غسل اليدين بوسائل فعالة لصرف المياه لتفادي تجمع الوحل (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٢).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي تخطيط وسائل الصرف في مواقع توزيع الماء وبناؤها وصيانتها بشكل مناسب. وتتضمن هذه الوسائل صرف المياه من مناطق الغسيل والاستحمام ومن مواقع توزيع الماء ومرافق غسل اليدين (اُنظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٤).

- ينبغي ألا تؤدي مياه الصرف إلى تلوث المياه السطحية أو مصادر الماء الجوفية (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- ينبغي تجنب غمر مياه الفيضانات أو تعريتها للمنازل والممرات ومرافق الماء والإصحاح (اُنظر الملاحظات الإرشادية ٢-٤)
- ينبغي تفادي عوامل التعرية الناجمة عن مياه الصرف (اُنظر الملاحظة الإرشادية ٥).

الملاحظات الإرشادية

١- ***اختيار الموقع وتخطيطه***: تكمن أفضل طريقة لتفادي مشاكل الصرف الصحي في اختيار الموقع وتخطيط المستوطنات البشرية (اُنظر معياري المأوى والمستوطنات البشرية ١ و٢ في الصفحات ٢٣٩-٢٤٤).

٢- ***مياه الصرف***: يطلق على المياه القذرة ومياه الصرف المنزلية اسم مياه المجاري عندما تختلط بالفضلات العضوية البشرية. وإذا أقيم المستقر البشري في مكان لا توجد فيه شبكة مجاري، وجب الحيلولة دون اختلاط مياه الصرف المنزلية مع الفضلات العضوية البشرية. إذ أن معالجة مياه المجاري أصعب وأكثر تكلفة من معالجة مياه الصرف المنزلية. وينبغي تشجيع إنشاء حدائق صغيرة في مواقع توزيع الماء والغسل والاستحمام من أجل إعادة استعمال مياه الصرف. وينبغي إيلاء أهمية خاصة لتفادي تلويث مصادر الماء بمياه الصرف الناتجة عن الغسل والاستحمام.

٣- ***الصرف الصحي والتخلص من الفضلات العضوية***: ينبغي أن تولى عناية خاصة لحماية المراحيض والمجاري من الفيضانات لتفادي الأضرار البنيوية والتسرب.



٤- ***الترويج***: من الضروري إشراك السكان المنكوبين في إقامة شبكات الصرف الصغيرة، إذ كثيرا ما يملكون معارف جيدة بشأن التدفق الطبيعي لمياه الصرف والمكان الأنسب لبناء القنوات. كما أن فهمهم للمخاطر الصحية والمادية التي يمثلها الصرف، ومساهمتهم في بناء شبكة الصرف من شأنهما أن يدفعا السكان إلى صيانتها (اُنظر القسم الخاص بنواقل الأمراض، الصفحة رقم ١٠٦). وقد يلزم عندئذ تزويدهم بالدعم التقني وبالآلات اللازمة لبناء هذه الشبكات.

٥- ***الصرف الصحي في الموقع***: يستحسن، حيثما أمكن وسمحت نوعية التربة، أن تُصرف المياه المستعملة من أماكن توزيع الماء ومناطق الغسل ومرافق غسل اليدين في الموقع بدلا من صرفها عبر قنوات مفتوحة، حيث يصعب صيانة القنوات المفتوحة التي كثيرا ما تنسد. ويمكن تطبيق تقنيات بسيطة وزهيدة الثمن مثل الحفر الترشيحية أو زراعة أشجار الموز للتخلص من مياه الصرف في الموقع. وعندما يكون التخلص من مياه الصرف خارج الموقع هو الوسيلة الوحيدة المتاحة، فتفضل في هذه الحالة القنوات على الأنابيب. وينبغي تصميم القنوات بشكل يتيح التدفق السريع للمياه القذرة عندما يكون الطقس جافا، وللتخلص من مياه الأمطار أيضا. وإذا كانت درجة انحدار الأرض تزيد على ٥٪ وجب.تطبيق تقنيات هندسية لتفادي التعرية المفرطة. وينبغي مراقبة صرف المواد المتبقية من عمليات معالجة الماء بعناية لمنع استعمال الناس لمثل هذا الماء، وتفادي تلويثه للمياه السطحية أو مصادر الماء الجوفية.

المرفق رقم ١

قائمة مرجعية لتقدير الحاجات الأولية في مجال الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة

يُستعان بقائمة الأسئلة التالية لتقدير الحاجات والكشف عن الموارد المحلية المتاحة، ووصف الظروف المحلية، في المقام الأول. ولا تضم هذه القائمة أسئلة لتحديد الموارد الخارجية اللازمة إلى جانب الموارد المحلية المتاحة فوراً.

١- أسئلة عامة

- ما هو عدد الأشخاص المتضررين وأين يقيمون؟ يستحسن تصنيف البيانات حسب الجنس والسن وأنواع العجز وما إلى ذلك بقدر المستطاع.
- ما هي احتمالات نزوح السكان؟ وما هي المشاكل الأمنية التي يمكن أن يواجهوها وعمليات الإغاثة التي يمكن تنظيمها؟
- ما هي الأمراض المائية المنشأ والمرتبطة بالإصحاح المتفشية حاليا أو التي يحتمل أن تنتشر؟ وما هو شكل انتشار هذه الأمراض وتطورها المحتمل؟
- من هم المسؤولون الذين يجب استشارتهم أو الاتصال بهم؟
- من هم الأشخاص المستضعفون ضمن السكان، وما هو سبب ضعفهم؟
- هل يمكن للجميع الاستفادة دون تمييز من المرافق القائمة، بما فيها الأماكن العامة ومراكز الصحة والمدارس؟
- ما هي المخاطر الأمنية المحددة التي تواجهها النساء والفتيات والأشخاص المستضعفون؟
- ما هي الممارسات التي اعتاد عليها الناس في مجال الماء والإصحاح قبل حالة الطوارئ؟
- ما هي هياكل السلطة الرسمية وغير الرسمية (مثل قادة المجتمعات المحلية، كبار السن، الجماعات النسائية)؟
- كيف تُتخذ القرارات في العائلات وفي المجتمعات المحلية؟

٢- النهوض بالنظافة

- ما هي الممارسات التي كان الناس يتّبعونها في مجـال الماء والإصحاح قبل حالة الطوارئ؟
- ما هي الممارسات الضارة بالصحة، ومن يمارسها ولماذا؟
- من هم الأشخاص الذين لا يزالون يسلكون سلوكا إيجابيا في مجـال النظافة، وما الذي يمكنّهم مِن ويُحفّزهم على اتباع هذا السلوك؟
- ما هي مزايا ومساوئ اقتراح تغيير السلوك؟
- ما هي القنوات الرسمية وغير الرسمية القائمة في مجـال الاتصال والزيارات (العاملون المجتمعيون، القابلات التقليديات، والأطباء التقليديون، والنوادي، والتعاونيات، والكنائس والمساجد، الخ)؟
- ما هي إمكانيات الاستفادة من وسائل الإعلام الجماهيري في المنطقة (الإذاعة والتلفزيون والفيديو والصحف، الخ)؟
- ما هي المنظمات الإعلامية المحلية و/أو المنظمات غير الحكومية الموجودة؟
- ما هي شرائح السكان التي يلزم استهدافها (الأمهات، الأطفال، قادة المجتمع، العاملون المجتمعيون في المطابخ، الخ)؟
- ما هو نوع نظام الزيارات التي يمكن أن تنجح في هذا السياق (المتطوعون، النوادي الصحية، اللجان، الخ) للتعبئة الفورية والمتوسطة الأجل؟
- ما هي الحاجات التعليمية للعاملين والمتطوعين في مجـال النهوض بالصحة؟
- ما هي المواد غير الغذائية المتاحة، وما هي أكثرها إلحاحاً استنادا إلى التفضيلات والحاجات؟
- ما هي درجة فاعلية ممارسات النظافة في مرافق الصحة (التي تكتسي أهمية خاصة في حالات تفشي الأوبئة)؟



٣- الإمداد بالماء

- ما هو مصدر الماء الحالي، ومن هم الأشخاص الذين يستخدمونه حاليا؟
- ما هي كمية الماء المتاحة لكل شخص يومياً؟
- كم مرة في اليوم أو في الأسبوع يجري إمداد السكان بالماء؟
- هل يكفي مصدر الماء المتاح لتغطية حاجات كل فئات السكان في الأجلين القصير والطويل؟
- هل تقع مواقع توزيع الماء على مقربة من أماكن السكن وهل تعتبر آمنة؟
- هل يمكن الاعتماد على مصدر الماء الحالي، وحتى متى؟
- هل يملك السكان عددا كافياً من أوعية الماء ذات الحجم والنوع المناسبين؟

- هل تعّرض مصدر الماء للتلوث، أو هل يحتمل أن يتعرض للتلوث (الميكروبيولوجي والكيميائي والإشعاعي)؟
- هل يوجد نظام لمعالجة الماء في الموقع؟ وهل يلزم معالجة الماء؟ وهل تعتبر هذه العملية ممكنة؟ وما هو نوع المعالجة المطلوبة؟
- هل يعد تطهير الماء ضرورياً، حتى في حال عدم تلوث إمدادات الماء؟
- هل توجد موارد بديلة للماء بالقرب من الموقع؟
- ما هي المعتقدات والممارسات التقليدية في مجـال جمع الماء وحفظه واستعماله؟
- هل هناك ما يعرقل استعمال موارد الماء المتاحة؟
- هل توجد إمكانية لنقل السكان إلى موقع آخر إذا كانت موارد الماء غير ملائمة؟
- هل يمكن نقل الماء بصهاريج إذا كانت موارد الماء المتاحة غير ملائمة؟
- ما هي أهم قضايا النظافة المرتبطة بموارد الماء؟
- هل يملك السكان وسائل صحية لاستعمال الماء؟
- في حال نزوح سكان الريف، ما هو مصدر الماء الاعتيادي للماشية؟
- هل يمكن أن يكون للتدخل المحتمل في مجـال الإمداد بالماء وسحب الماء واستعمال موارد الماء أي وقع على البيئة؟
- من هم الأشخاص الآخرون الذين يستعملون مصادر الماء؟ وهل يمكن أن يسبب استعمال السكان الجدد لهذا المصدر نزاعاً؟

٤- التخلص من الفضلات العضوية

- ما هي عادات التغوط المتبعة؟ إذا كان التغوط يتم في العراء، فهل تم تخصيص منطقة لذلك؟ وهل تعتبر هذه المنطقة آمنة؟
- ما هي المعتقدات والممارسات القائمة في مجـال التخلص من الفضلات العضوية، بما في ذلك ممارسات الرجال والنساء؟
- هل توجد مراحيض في الموقع؟ وهل يجري استعمالها إن وجدت؟ وهل يعتبر عددها كافياً ولا يطرح استعمالها مشكلات؟ هل يمكن توسيعها أو تكييفها؟
- هل تهدد ممارسات التغوط الحالية المياه (السطحية أو الجوفية) أو المناطق المسكونة أو البيئة بصورة عامة؟

- هل يغسل الناس أيديهم بعد التغوط وقبل إعداد الطعام وتناوله؟ وهل الصابون وغيره من مواد التنظيف متاح؟
- هل يجيد السكان طريقة بناء المراحيض واستعمالها؟
- ما هي المواد المحلية المتاحة لبناء المراحيض؟
- هل الناس مستعدون لاستعمال مراحيض الحفرة والمناطق المخصصة للتغوط والخنادق وغير ذلك؟
- هل توجد مساحات كافية لتخصيص مناطق للتغوط وإقامة مراحيض الحفرة وما إلى ذلك؟
- ما هو معدل انحدار الموقع؟
- ما هو مستوى منسوب المياه الجوفية؟
- هل يعتبر نوع التربة مناسباً للتخلص من الفضلات العضوية في الموقع؟
- هل تسهم الترتيبات الحالية للتخلص من الفضلات العضوية في تكاثر نواقل الأمراض؟
- هل يوجد ما يلزم من المواد أو الماء للاغتسال الشرجي؟ وكيف يتخلص الناس عادة من هذه المواد؟
- كيف تتصرف النساء فيما يتعلق بالحيض؟ وهل توجد مواد أو مرافق مناسبة لهن؟
- هل توجد مرافق خاصة أو مجهزة بما يلزم ليسهل وصول الأشخاص المصابين بعجز أو العاجزين عن الحركة في المرافق الطبية إلى مرافق الإصحاح؟



٥- الأمراض التي تحملها نواقل الأمراض

- ما هي درجة التعرض للأمراض المحمولة بنواقل الأمراض وما هي درجة خطورتها؟
- ما هي المعتقدات والممارسات التقليدية المتعلقة بنواقل الأمراض (كالاعتقاد بأن الماء القذر يسبب الملاريا) والأمراض التي تسببها؟ وهل تعد أيا منها مفيدة أم مضرة؟
- إذا كانت مخاطر انتشار الأمراض المحمولة بنواقل الأمراض مرتفعة، فهل يجري توفير وسائل الحماية الشخصية المناسبة للأشخاص المعرضين للخطر؟
- هل يمكن إجراء تغييرات في البيئة المحلية (عن طريق الصرف الصحي، إزالة الأحراج، التخلص من الفضلات العضوية، التخلص من النفايات وما إلى ذلك) للحد من تكاثر نواقل الأمراض؟
- هل من الضروري مكافحة نواقل الأمراض بوسائل كيميائية؟ وما هي البرامج واللوائح والموارد المتاحة لمكافحة نواقل الأمراض ولتنظيم استعمال المواد الكيميائية؟
- ما هي المعلومات التي ينبغي توفيرها للأسر وإجراءات السلامة التي يُنصح باتباعها؟

٦- التخلص من النفايات الصلبة

- هل تطرح النفايات الصلبة مشكلة؟
- كيف يتخلص الناس من نفاياتهم؟ وما هو نوع وكمية النفايات الصلبة التي يخلفها السكان؟
- هل يمكن التخلص من النفايات الصلبة في الموقع، أم هل ينبغي جمعها والتخلص منها خارج الموقع؟
- ما هي طريقة تخلص السكان المنكوبين الاعتيادية من النفايات الصلبة؟ (حفر تكوين السماد أم حفر القمامة، أم نظم جمع النفايات، أم الأوعية، الخ)؟
- هل توجد مرافق وأنشطة طبية تخّلف نفايات؟ وكيف يجري التخلص من هذه النفايات؟ ومن المسؤول عن التخلص منها؟
- أين يتم التخلص من حفاضات الحيض، وهل يمكن التخلص منها بعيدا عن الأنظار وبشكل فعال؟
- ما هو وقع الطريقة المتبعة حاليا في التخلص من النفايات الصلبة على البيئة؟

٧- الصرف الصحي

- هل توجد مشكلة صرف،مثل إغراق المساكن أو المراحيض أو تكوين بؤر تتكاثر فيها نواقل الأمراض، أو تلوث المناطق المسكونة أو موارد الماء بالمياه الملوثة؟
- هل الأرض معرضة لتراكم الماء؟
- هل يتمتع الناس بوسائل لحماية مساكنهم ومراحيضهم من الفيضانات المحلية؟
- هل يجري صرف المياه بصورة ملائمة من مواقع توزيع الماء وأماكن الاستحمام

المرفق رقم ٢

الحد الأدنى لكمية الماء اللازم للمؤسسات وللاستعمالات الأخرى



مراكز الصحة والمستشفيات	٥ لتر للمرضى الخارجيين ٤٠-٦٠ لترا يومياً للمرضى الداخليين قد تلزم كميات إضافية من الماء لبعض معدات غسل الملابس ومراحيض السيفون وما إلى ذلك.
مراكز معالجة الكوليرا	٦٠ لتراً لكل مريض يومياً ١٥ لتراً يومياً لكل ممرض/ممرضة
مراكز العلاج بالتغذية	٣٠ لتراً يومياً لكل مريض داخلي ١٥ لتراً يومياً لكل ممرض/ممرضة
مراكز الاستقبال/المرور	١٥ لترا لكل مريض يومياً إذا زادت مدة الإقامة على يوم واحد ٣ لتر يوميا للشخص إذا اقتصر حضوره على ساعات النهار
المدارس	٣ لتر يومياً لكل تلميذ للشرب وغسل اليدين (لا يشمل هذا المقدار الماء اللازم للمراحيض، اُنظر المراحيض العامة أدناه)
المساجد	٢-٥ لتر يومياً لكل شخص للاغتسال والشرب
المراحيض العامة	١-٢ لتر يومياً لكل شخص لغسل اليدين ٢-٨ لتر لكل مقصورة يومياً لغسل المراحيض
مراحيض السيفون بكل أشكالها	٢٠-٤٠ لتراً يومياً لكل مستعمل لمراحيض السيفون التقليدية الموصولة بالمجاري ٣-٥ لتر يومياً لكل مستعمل لمراحيض الدفع المائي
الاغتسال الشرجي	١-٢ لتر يومياً لكل فرد
الماشية	٢٠-٣٠ لتراً يومياً لكل حيوان كبير أو متوسط الحجم ٥ لتر يومياً لكل حيوان صغير الحجم

المرفق رقم ٣

الحد الأدنى من عدد المراحيض المطلوب في الأماكن العامة والمؤسسات في حالات الكوارث

المؤسسة	الأجل القصير	الأجل الطويل
الأسواق	مرحاض واحد لكل ٥٠ كشكاً	مرحاض واحد لكل ٢٠ كشكاً
المستشفيات/المراكز الطبية	مرحاض واحد لكل ٢٠ سريراً أو لكل ٥٠ مريضاً خارجياً	مرحاض واحد لكل ١٠ أسرة أو لكل ٢٠ مريضاً خارجياً
مراكز التغذية	مرحاض واحد لكل ٥٠ شخصاً بالغاً مرحاض واحد لكل ٢٠ طفلاً	مرحاض واحد لكل ٢٠ شخصاً بالغاً مرحاض واحد لكل ١٠ أطفال
مراكز الاستقبال/ المرور	مرحاض واحد لكل ٥٠ شخصاً بمعدل ٣ إلى ١ للنساء والرجال	
المدارس	مرحاض واحد لكل ٣٠ فتاة مرحاض واحد لكل ٦٠ صبياً	مرحاض واحد لكل ٣٠ فتاة مرحاض واحد لكل ٦٠ صبياً
المكاتب		مرحاض واحد لكل ٢٠ موظفاً

المصدر: مكّيف من (Harvey,Baghre and Reed 2002)

المرفق رقم ٤

الأمراض المائية المنشأ والمرتبطة بالفضلات العضوية وطرق انتقالها

الأمراض المائية المنشأ أو الناجمة عن الافتقار إلى النظافة	الكوليرا، داء الشغيلات، الإسهال، داء السالمونيلا، الخ التيفوئيد، الباراتيفوئيد، الخ الزحار الأميبي، الجياردازيس التهاب الكبد صنف أ، شلل الأطفال، فيروس الإسهال الدائري	الأمراض المنقولة عن طريق الغائط وعبر الفم التي تسببها البكتريا الأمراض المنقولة عن طريق الغائط وعبر الفم التي لا تسببها البكتريا	تلوث الماء الإصحاح السيء قصور النظافة الشخصية تلوث المحاصيل
الأمراض الناجمة عن الافتقار إلى النظافة وقلة الماء	التهابات الجلد والعين التيفوس المنقول بالقمل الحمى الراجعة المنقولة بالقمل		قلة الماء قصور النظافة الشخصية
الديدان المنقولة بالغائط	الدودة الدائرية، الدودة الشوكية، الدودة السوطية الخ	الديدان الطفيلية المنقولة عبر التربة	التغوط في الخلاء تلوث الأرض
ديدان البقر والخنزير	الديدان الشريطية	الإنسان – الحيوان	اللحم غير المطهي جيدا تلوث الأرض
أمراض مائية المنشأ	البلهارسيا دودة غينيا اللكونورشيازيس، الخ	المكوث في الماء الملوث لفترة طويلة	تلوث الماء
نواقل الأمراض المائية	الملاريا، الطاعون، مرض النوم، داء الخيطيات، الخ	عضة بعوض، ذباب	تعض قرب الماء تتكاثر في الماء
نواقل الأمراض البرازية	الإسهال، الزحار	ينقلها الذباب والصراصير	بيئة قذرة



المرفق رقم ٥

الحد الأدنى من ممارسات النظافة والإصحاح والحجر الصحي في مراكز معالجة الكوليرا

المعايير الأساسية التي ينبغي أن تلتزم بها كل مرافق الصحة ومراكز معالجة الكوليرا:

١- عزل الحالات الحادة

٢- احتواء كل الفضلات العضوية (البراز والقيء)

٣- تخصيص شخص واحد فقط لرعاية المريض

٤- غسل اليدين بماء أضيف إليه الكلور

٥- يجب أن تكون كل الأرضيات قابلة للغسل

٦- تطهير القدمين عند مغادرة المركز

٧- تطهير ملابس الأشخاص المصابين بالعدوى قبل مغادرة المركز (بالغلي أو المطهرات)

٨- التنظيف المنتظم لأرضيات المركز وكل مناطقه

٩- توفير مراحيض ومناطق استحمام منفصلة للمرضى ولمن يرعونهم

١٠- إعداد الطعام في المركز. وفي حال جلبه من الخارج، يجب نقل الغذاء من الوعاء عند باب المركز لتفادي تلوثها بالجراثيم المسببة للكوليرا (فيبريو) ومن ثم نقلها إلى خارج المركز

١١- متابعة عائلات المرضى وأقاربهم، والتأكد من عدم وجود حالات إصابة أخرى بالكوليرا. تطهير المنزل وتوزيع معلومات تتعلق بالنظافة

١٢- إذا جاء الناس بوسائل النقل العامة، وجب تطهير العربات

١٣- احتواء ومعالجة المياه المنسابة من الأمطار ومياه الصرف الصحي في منطقة العزل داخل المخيم

١٤- معالجة النفايات في منطقة الحجر الصحي داخل المخيم.

محلول الكلور لمراكز معالجة الكوليرا

نسبة الكلور لمختلف الاستعمالات	محلول بتركيز ٢٪	محلول بتركيز ٠,٢٪	محلول بتركيز ٠,٠٥٪
	النفايات والفضلات العضوية والجثث	الأرضية الأدوات/الأسرة حمامات القدمين الملابس	اليدين الجلد

ملحوظة: يجب إعداد محلول طازج يومياً لأن الحرارة والضوء يضعفان من تركيزه

المرفق رقم ٦

شجرة القرارات المتعلقة بمعالجة الماء وحفظه في المنزل



هل المصدر ملوث؟

- **نعم** ← هل تستعملون حاليا منتجات تجارية لمعالجة الماء في إطار الاستجابة الإنسانية؟
- **كلا** ← توفير وسائل لحفظ الماء ونقله بصورة مأمونة

هل تستعملون حاليا منتجات تجارية لمعالجة الماء في إطار الاستجابة الإنسانية؟

- **كلا** ← المعالجة المسبقة: هل يعتبر الماء طينيا أو غير رائق؟
  - **كلا** ← التطهير: هل هناك حطب أو أي مصدر آخر للحرارة جاهز للاستعمال؟
  - **نعم** ← تشجيع أسلوب الأواني الثلاث لتصفية الماء وترسيبه وترشيحه، أو استعمال المرشحات البسيطة وتنظيفها بانتظام ← التطهير: هل هناك حطب أو أي مصدر آخر للحرارة جاهز للاستعمال؟
- **نعم** ← هل الماء عكر؟
  - **نعم** ← تشجيع التلبّد/التطهير؛ أو تشجيع الترشيح البسيط أو الترسيب والتصفية، أو أسلوب الأواني الثلاث، واتباعها بجرعة مزدوجة من الكلور. كما يجري تشجيع الحفظ والمناولة المأمونين للماء. ← هل الماء عكر؟
  - **كلا** ← هل الماء عكر؟

التطهير: هل هناك حطب أو أي مصدر آخر للحرارة جاهز للاستعمال؟

- **كلا** ← تشجيع التطهير بالأشعة الشمسية وتشجيع حفظ الماء ونقله بشكل مأمون
- **نعم** ← تشجيع غلي الماء وحفظه ونقله بشكل مأمون. وتشجيع جمع الحطب بشكل رشيد وإعادة التشجير

هل الماء عكر؟

- **نعم** ← تشجيع الترشيح (الرمل البيولوجي، الفضة الغروانية، المرشحات الفخارية، الخ) أو استعمال جرعة مزدوجة من المطّهر الكيميائي، بالإضافة إلى تشجيع حفظ الماء ومناولته المأمونين.
- **كلا** ← تشجيع الترشيح (الرمل البيولوجي، الفضة الغروانية، المرشحات الفخارية، الخ) أو استعمال جرعة اعتيادية من المطّهر الكيميائي. بالإضافة إلى تشجيع حفظ الماء ومناولته المأمونين.



المصدر: مقتبس من الاتحاد الدولي عام ٢٠٠٨، Household water treatment and safe storage in emergencies manual.

المراجع والمزيد من المطالعات

المراجع

الصكوك القانونية الدولية

الحق في الماء (المادتان ١١ و١٢ من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)، التعليق العام للعهد رقم ١٥، ٢٦ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٢، الأمم المتحدة، الوثيقة E/C.12/2002/11 اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

مراجع عامة

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition. RedR/IT Publications, London.

Médecins sans Frontières (1994), Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition. Paris.

Walden, V M, O'Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming., Oxfam GB, Oxford.

www.oxfam.org.uk/what_we_do/ emergencies/how_we_work/resources/health.htm

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. New York. www.ineesite.org

استطلاعات عن الإصحاح

British Geological Survey (2001), ARGOSS manual. London. www.bgs.ac.uk

الجنسانية

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook. Geneva. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf

النهوض بالنظافة

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. The International Foundation for Developing Countries. Practical Action Publishing, UK.

Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing, UK.

Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

الإمداد بالماء

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, UK.

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Paris. www.actioncontrelafaim.org/english/

الماء اللازم لضمان الأمن الغذائي

Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO Water: www.fao.org/nr/water/index.html



حاجة الماشية إلى الماء

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS), Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

جودة الماء

WHO (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality, Third Edition, Geneva. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/

خطة سلامة الماء

WHO (2005), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/

التخلص من الفضلات العضوية

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual
WEDC Loughborough University, UK. http://wedc.lboro.ac.uk/

مكافحة نواقل الأمراض

Hunter, P (1997), Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.

Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough, UK.

Thomson, M (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB.

النفايات الصلبة

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites.www.lifewater.org

International Solid Waste Association: www.iswa.org

إدارة الجثث

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions, Technical Note for Emergencies No. 8, Geneva. http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf

النفايات الطبية

Prüss, A, Giroult, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health-Care Wastes. Cuurently under review, WHO, Geneva.

الصرف الصحي

Environmental Protection Agency (EPA) (1980), Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati, USA.

المزيد من المطالعات

مراجع عامة

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), Health Library for Disasters: www.helid.desastres.net/en

WHO (2002), Environmental health in emergencies and disasters. Geneva.

التخلص من النفايات العضوية

Harvey, PA, Baghri, S and Reed, RA (2002), Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design. WDEC, Loughborough University, UK.

مكافحة نواقل الأمراض

UNHCR (1997), Vector and Pest Control in Refugee Situations, Geneva.

Warrell, D and Gilles, H (eds) (2002), Essential Malariology, Fourth Edition, Arnold, London.

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. www.who.int.

إدارة الجثث

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations, Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington DC. www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

النفايات الطبية

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Geneva.

WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org

WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

العجز والضعف العام

Jones, H and Reed, R (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. WEDC, Loughborough University, UK. http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp



Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf

المعايير الدنيا في مجال الأمن الغذائي والتغذية

كيفية استعمال هذا الفصل

ينقسم هذا الفصل إلى أربع مجموعات من المعايير الدنيا:

تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية

تغذية الرُضّع وصغار الأطفال

إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة

الأمن الغذائي

تنقسم المجموعة الرابعة من المعايير، أي تلك المتعلقة بالأمن الغذائي، إلى ثلاث أجزاء هي: الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية؛ الأمن الغذائي – التحويلات النقدية والقسائم؛ الأمن الغذائي – سبل المعيشة.

ينبغي مراعاة مبادئ الحماية والمعايير الأساسية دائما عند استعمال هذا الفصل.

لقد وضعت المعايير الدنيا، في المقام الأول، لتوجيه الاستجابة الإنسانية في حالات الكوارث. ويمكن الاستعانة بها أيضا في مجـال التأهب للكوارث وفي مرحلة الانتعاش وإعادة البناء.

ويضم كل باب من أبواب هذا الفصل العناصر التالية:

المعايير الدنيا: هي معايير نوعية بطبيعتها تحدد مستويات الجودة الدنيا التي يراد بلوغها في عمليات الاستجابة الإنسانية المتعلقة بتوفير الغذاء وتحقيق التغذية.

- **التدابير الأساسية:** هي أنشطة ومدخلات مقترحة تساعد على الوفاء بالمعايير الدنيا.
- **المؤشرات الأساسية:** هي «علامات» يُسترشد بها لمعرفة ما إذا كان قد تم تحقيق المعيار المطلوب. وتوّفر المؤشرات طريقة لقياس مدى تطبيق التدابير الأساسية ونتائجها والإفادة بها، وترتبط بالمعايير الدنيا وليس بالتدابير الأساسية.
- **الملاحظات الإرشادية:** تضم هذه الملاحظات نقاطاً محددة يستحسن أخذها في الاعتبار عند تطبيق المعايير الدنيا والتدابير الأساسية والمؤشرات الأساسية في مختلف الظروف. وتوفر توجيهات فيما يتعلق بمعالجة صعوبات عملية محددة وحدود الأداء، وتقدم النصائح بشأن القضايا التي تمثل أولويةً. ويمكن أن تتناول هذه الملاحظات أيضا قضايا حساسة ذات علاقة بالمعايير أو المؤشرات وأن تصف المعضلات أو المسائل التي يدور حولها جدل، أو أن تعّوض الثغرات القائمة في المعارف الحالية.

وإذا تعذر تطبيق التدابير والمؤشرات الأساسية، وجب تقدير الآثار السلبية الناجمة عن ذلك على السكان المنكوبين واتخاذ التدابير المناسبة للتخفيف من حدتها.

وترد في المرافق قوائم مرجعية لإجراء عمليات التقدير، وتوفير المشورة فيما يتعلق بقياس سوء التغذية الحاد وتحديد وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة والمتطلبات الغذائية. كما ترد قائمة بالمراجع المختارة، تشير إلى مصدر المعلومات المتعلقة بكل من المسائل العامة والمسائل التقنية المحددة، وتنقسم إلى مواد مرجعية، ومؤلفات إضافية.

قائمة المحتويات




الميثـاق الإنساني
مبادئ الحماية
المعايير الأساسية
الأمن الغذائي والتغذية
تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية
المعيار رقم ١ الأمن الغذائي
المعيار رقم ٢ التغذية
تغذية الرُّضّع وصغار الأطفال
المعيار رقم ١ التوجيه السياسي والتنسيق
المعيار رقم ٢ الدعم الأساسي والمهني
إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة
المعيار رقم ١ سوء التغذية الحاد والمعتدل
المعيار رقم ٢ سوء التغذية الحاد والشديد
المعيار رقم ٣ نقص المغذيات الدقيقة
الأمن الغذائي
المعيار رقم ١ الأمن الغذائي العام
الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية
المعيار رقم ١ المتطلبات الغذائية العامة
المعيار رقم ٢ مواد غذائية مناسبة ومقبولة
المعيار رقم ٣ جودة المواد الغذائية وسلامتها
المعيار رقم ٤ إدارة سلسلة التموين
المعيار رقم ٥ الاستهداف والتوزيع
المعيار رقم ٦ استعمال المواد الغذائية
الأمن الغذائي – التحويلات النقدية والقسائم
المعيار رقم١ الحصول على السلع والخدمات المتاحة
الأمن الغذائي – سبل المعيشة
المعيار رقم ١ الإنتاج الأولي
المعيار رقم ٢ الدخل والعمالة
المعيار رقم ٣ الاستفادة من الأسواق
المرفق رقم ١: قائمة مرجعية لتقدير حالة الأمن الغذائي وسبل المعيشة
المرفق رقم ٢: قائمة مرجعية لتقدير مدى تأمين البذور
المرفق رقم ٣: قائمة مرجعية لتقدير حالة التغذية
المرفق رقم ٤: قياس سوء التغذية الحاد
المرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة
المرفق رقم ٦: المتطلبات الغذائية
المراجع والمزيد من المطالعات

مقدمة

علاقة هذا الفصل بالميثـاق الإنساني والقانون الدولي

تُعد المعايير الدنيا في مجـال الأمن الغذائي والتغذية تعبيرا عمليا عن إيمان الوكالات الإنسانية والتزاماتها المشتركة، وعن المبادئ المشتركة الواردة في الميثـاق الإنساني التي يسترشد بها العمل الإنساني. وتضم هذه المبادئ القائمة على مبدأ الإنسانية والتي ينص عليها القانون الدولي، الحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن، والحق في الحصول على المساعدة الإنسانية لتلبية الحاجات. وترد في الملحق رقم ١ (الصفحة رقم ٣٤٠) قائمة مرجعية بأهم الوثائق القانونية والسياسات التي يستند إليها الميثـاق الإنساني، مصحوبة بملاحظات توضيحية من أجل العاملين الإنسانيين.

وعلى الرغم من أن الدول هي المسؤولة الرئيسية عن تأمين الحقوق المذكورة أعلاه، فأن على الوكالات الإنسانية مسؤولية العمل مع السكان المتضررين من الكوارث بما يضمن تأمين تلك الحقوق. ويتفرع من هذه الحقوق العامة عددٌ من الاستحقاقات التي تضم الحق في المشاركة والإطلاع وعدم التمييز التي تشكل أساس المعايير الأساسية، فضلا عن الحقوق الخاصة المتعلقة بالحصول على الماء والإصحاح والغذاء والمأوى والصحة التي تعززها وتعزز المعايير الدنيا الأخرى الواردة في هذا الدليل.

من حق الجميع الحصول على الغذاء الملائم. وهو حق تقره الصكوك القانونية الدولية التي تشمل الحق في عدم المعاناة من الجوع. وإذا تعذر على الأفراد أو الجماعات أن يتمتعوا بحق الحصول على أغذية مناسبة بالوسائل المتاحة لديهم لأسباب خارجة عن إرادتهم، فأن على الدول التزام مباشر بضمان هذا الحق. وعلى الدول أن تفي بالالتزامات التالية فيما يتعلق بالحق في الغذاء:



- إن «احترام الإمكانيات القائمة في مجـال الحصول على الغذاء» يقتضي من الدول الأطراف أن تمتنع عن اتخاذ أي إجراءات من شأنها أن تحول دون الاستفادة من هذه الإمكانيات.
- "الحماية" تقضي بأن تتخذ الدول تدابير تحظر على الشركات أو الأفراد أن تحرم أفرادا آخرين من الحصول على غذاء مناسب.
- "الالتزام" (التيسير) يعني أن على الدول أن تنظم أنشطة الغرض منها دعم حصول الناس على الموارد والوسائل اللازمة لتأمين معيشتهم، بما في ذلك أمنهم الغذائي.

وفي حالات الكوارث، ينبغي للدول أن توفر الغذاء للمحتاجين، أو يمكن لها أن تطلب المساعدة الدولية إذا كانت مواردها الخاصة غير كافية. كما ينبغي لها أن تسّهل وصول المساعدة الدولية دون عراقيل.

تنص اتفاقيات جنيف وبروتوكوليها الإضافيين على الحق في الحصول على الغذاء في حالات النزاعات المسلحة والاحتلال. ويُحظر تجويع المدنيين كوسيلة حرب، والهجوم على المواد الغذائية والمناطق

الزراعية المخصصة لإنتاج الأغذية، والمحاصيل والماشية ومرافق الإمداد بالماء الصالح للشرب، ونظم الري أو تدميرها أو إزالتها أو جعلها غير صالحة للاستعمال. وعندما تحتل دولةٌ ما دولةً أخرى بالقوة، يُلزم القانون الدولي الإنساني السلطة المحتلة بضمان توفير الغذاء اللازم للسكان وجلب الإمدادات الضرورية إذا كانت موارد الأرض المحتلة غير كافية. وعلى الدول ألا تألُ جهدا لضمان حصول اللاجئين والنازحين داخل بلدانهم على الغذاء المناسب في كل الأوقات.

إن المعايير الدنيا الواردة في هذا الفصل تعكس المضمون الجوهري للحق في الغذاء، وتسهم في تحقيق هذا الحق بالتدريج عالمياً.

أهمية الأمن الغذائي والتغذية في حالات الكوارث

يُعد الحصول على الغذاء والمحافظة على حالة غذائية ملائمة عنصرين أساسيين لضمان بقاء الناس على قيد الحياة في حالات الكوارث (انظر مشروع «اسفير» ضمن إطار العمل الإنساني في الصفحة رقم ٩). وكثيرا ما يعاني السكان المنكوبون من نقص التغذية المزمن أصلا عند وقوع الكارثة. ويطرح نقص التغذية مشكلة خطيرة على الصحة العامة، وهو من جملة الأسباب المباشرة أو غير المباشرة الرئيسية للوفيات.

إن أسباب نقص التغذية معقدة. ويمثل الإطار المفاهيمي المذكور لاحقاً (انظر الصفحة رقم ١٤٠) أداة تحليلية تبين التفاعل بين العوامل التي تؤدي إلى نقص التغذية. والأسباب المباشرة لنقص التغذية هي: المرض و/أو تناول كميات غير كافية من الطعام بسبب الفقر وانعدام الأمن الغذائي في العائلة، وممارسات الرعاية غير المناسبة على مستوى العائلة أو المجتمع المحلي، ونقص الماء والنظافة والإصحاح، وقلة إمكانيات الحصول على الرعاية الصحية. وتؤثر الكوارث، كالأعاصير والزلازل والفيضانات والنزاعات والجفاف، تأثيرا مباشرا في الأسباب الكامنة لنقص التغذية. ويؤثر ضعف العائلات أو المجتمعات المحلية إلى حد كبير في قدرتها على تحمل هذه الصدمات. وتحدد خصائص العائلة أو المجتمع المحلي، وبالأخص ما تملكه وأساليب مواجهتها للأزمات والمعيشة، القدرة على إدارة الأخطار إلى حد كبير.

وفيما يلي المصطلحات المستعملة في هذا الفصل وتعريفها:

- الأمن الغذائي. يتحقق الأمن الغذائي عندما يتمتع الناس جميعا وفي كل الأوقات بالقدرة البدنية والاجتماعية والاقتصادية على الحصول على كميات كافية من الغذاء المغذي السليم لتلبية حاجاتهم الغذائية وما يفضلونه من طعام يضمن لهم حياةً نشيطة وصحية. ويشمل هذا التعريف للأمن الغذائي ثلاثة عناصر هي:

- *توفر الغذاء:* يشير هذا المصطلح إلى كمية وجودة الإمدادات الغذائية الموسمية في المنطقة المتضررة من الكارثة، ويشمل مصادر الإنتاج المحلية (الزراعة، الماشية، مصائد الأسماك، الأغذية البرية) والأغذية التي يستوردها التجار (يمكن أن تؤثر العمليات التي تنظمها الحكومات والمنظمات في توفر الأغذية). وتعتبر الأسواق المحلية القادرة على توفير الأغذية للسكان عنصرا أساسيا في توفر الغذاء.
- *الحصول على الغذاء* هو قدرة العائلة على الحصول على كمية كافية من الأغذية لتلبية المتطلبات الغذائية لكل أفرادها دون التعرض للخطر. ويقيس هذا المفهوم قدرة العائلة على الحصول على

الأغذية المتاحة عن طريق اللجوء إلى الإنتاج والمخزون المنزليين، وشراء الأغذية ومقايضتها ومنحها واستعارتها، والتحويلات النقدية و/أو القسائم.

- *استعمال الغذاء* هو استخدام العائلة للغذاء الذي حصلت عليه، بما في ذلك حفظه وتجهيزه وإعداده وتوزيعه ضمن العائلة. وتشير هذه الكلمة أيضا إلى قدرة الفرد على استيعاب المغذيات وتمثيلها، وهي قدرة يمكن أن تتأثر بالمرض وسوء التغذية.

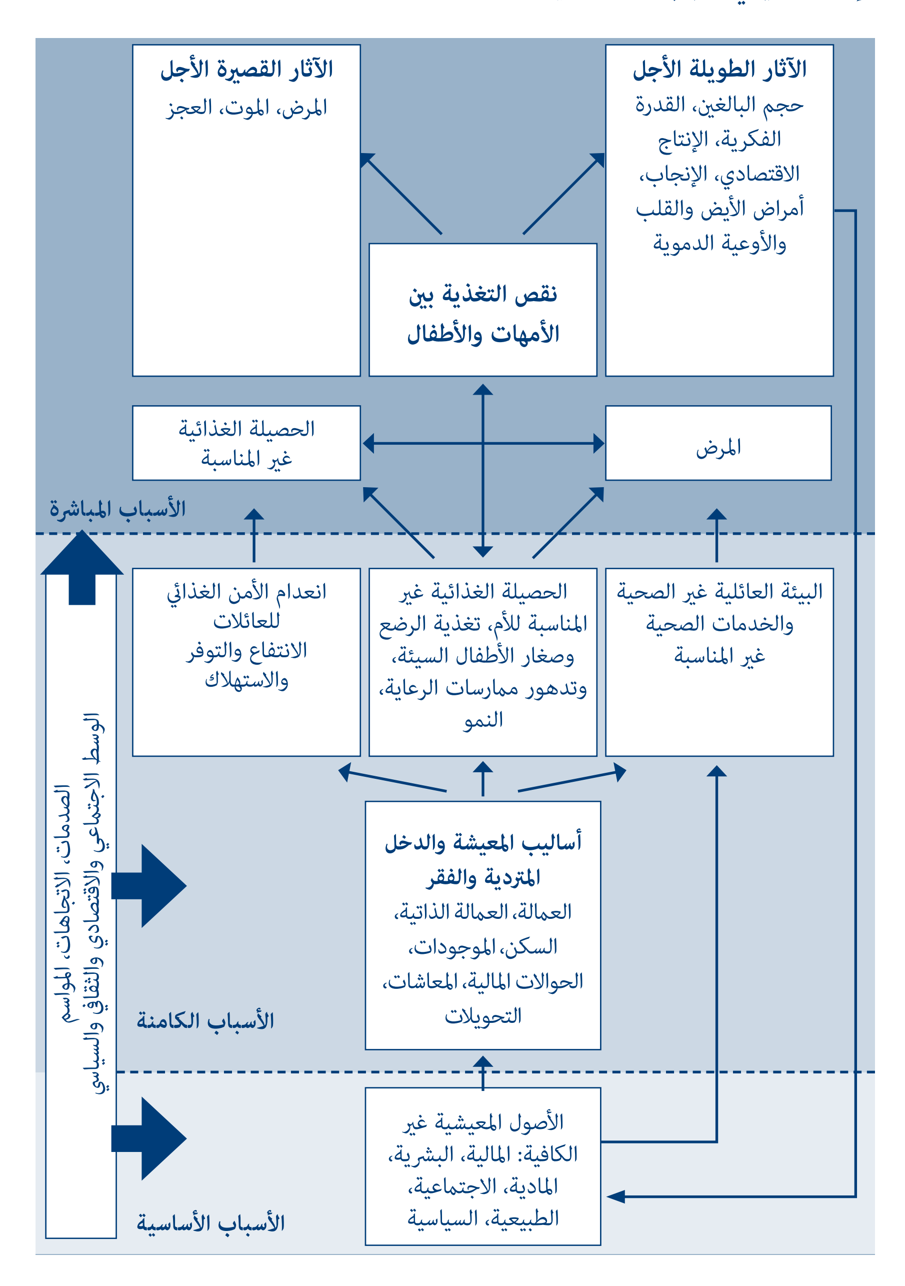
- *سُبل المعيشة* يشمل هذا المصطلح القدرات والموارد (بما في ذلك الموارد الطبيعية والمادية والاجتماعية) والأنشطة التي تضطلع بها العائلة لتأمين بقاءها وراحتها في المستقبل. وأساليب المعيشة هي الوسائل أو الأنشطة العملية التي يحصل الناس عن طريقها على الدخل اللازم ويحققون بفضلها أهدافهم المعيشية الأخرى. في حين تُعّرف استراتيجيات مواجهة الأزمات بأنها أشكال الاستجابة المؤقتة التي يفرضها انعدام الأمن الغذائي. وتصبح سبل معيشة العائلة مأمونة إذا ما نجحت في مواجهة الأزمات والإبلال منها، وفي المحافظة على قدراتها ومواردها الإنتاجية أو تحسينها.

- *التغذية* كلمة عامة تشير إلى العمليات التي يرصدها تناول الطعام والهضم واستفادة الجسم من الأغذية للنمو والإنجاب والنشاط البدني والمحافظة على الصحة. ويشمل مصطلح «سوء التغذية» كلا من نقص التغذية والإفراط في التغذية. ويضم مصطلح نقص التغذية مجموعة من الحالات، بما فيها سوء التغذية الحاد والمزمن ونقص المغذيات الدقيقة. ويشير مصطلح سوء التغذية الحاد إلى الهزال (النحافة) و/أو الاستفساء (الانتفاخ الناجم عن نقص البروتين في الغذاء)، في حين يشير مصطلح سوء التغذية المزمن إلى توقف النمو (قصر القامة). ويمثل توقف النمو والهزال شكلين من أشكال قصور النمو. ونشير في هذا الفصل إلى نقص التغذية، ونتحدث عن سوء التغذية عندما يتعلق الأمر بسوء التغذية الحاد بالتحديد.

ويبين الرسم التوضيحي، في الصفحة التالية، أن توالي الكوارث الطبيعية أو التي من صنع الإنسان وخطورتها، فضلا عن وقعها الاجتماعي والاقتصادي والجغرافي تؤثر في درجة التعرض لسوء التغذية. وتجدر الإشارة إلى أن مستوى موارد العائلة المالية والبشرية والمادية والاجتماعية والطبيعية والسياسية، ومستوى إنتاجها ودخلها واستهلاكها، وقدرتها على تنويع مصادر دخلها واستهلاكها بهدف التخفيف من آثار المخاطر، هي من جملة العوامل التي تؤثر في قدرتها على مواجهة الأزمات.



الإطار المفاهيمي لأسباب نقص التغذية



إن ضعف الرُضّع وصغار الأطفال يستلزم التصدي لتغذيتهم من باب الأولوية. ولا تقل الوقاية من نقص التغذية أهمية عن معالجة سوء التغذية الحاد. وقد يكون لعمليات تحقيق الأمن الغذائي دورا حاسما في تغذية هذه الفئة من السكان وصحتها في الأجل القصير، وبقاءها وراحتها في الأجل الطويل.

وكثيرا ما تلعب النساء دورا أكبر في إعداد الأغذية وتحضيرها لعائلاتهن. وقد تتغير أساليب العائلة المعيشية في أعقاب الكوارث. ويعد الاعتراف بالأدوار المميزة في مجـال التغذية ضمن كل عائلة أمرا أساسياً لتحسين الأمن الغذائي على مستوى العائلة. كما يعد فهم المتطلبات الغذائية الخاصة بالنساء الحوامل والمرضعات، وصغار الأطفال، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة، مهما أيضا لتخطيط الاستجابة الغذائية الملائمة.

يمكن تحسين الأمن الغذائي والتغذية في ظل الاستجابة للكوارث عن طريق تحسين التأهب. ويتمثل هذا التأهب في القدرات والعلاقات والمعارف التي تنمّيها الحكومات والوكالات الإنسانية، ومنظمات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية والأفراد فيما يتعلق بتوقع المخاطر المحتملة أو الوشيكة أو الفعلية ومواجهة وقعها بشكل فعال. ويستند التأهب للكوارث إلى تحليل المخاطر، ويرتبط ارتباطا وثيقا بنظم الإنذار المبكر، ويشمل التخطيط للطوارئ، وتكوين مخزونات من المعدات والإمدادات، وتوفير خدمات الطوارئ، واتخاذ الترتيبات الاحتياطية، والاتصالات، وإدارة المعلومات والتنسيق، وتدريب الموظفين، والتخطيط المجتمعي، وتنظيم التدريب والتمارين.

ويشمل هذا الدليل مجـالات العمل الرئيسية التي ترمي إلى تحقيق الأمن الغذائي وتأمين التغذية في حالات الكوارث، وهي: تغذية الرُضّع وصغار الأطفال؛ إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة؛ توصيل المواد الغذائية؛ التحويلات النقدية والقسائم؛ وسبل المعيشة.

علاقة هذا الفصل بالفصول الأخرى

للعديد من المعايير الواردة في الفصول الأخرى صلة بهذا الفصل. وعليه، فكثيرا ما يؤثر التقدم المحرز في بلوغ المعايير في أحد مجـالات العمل على التقدم المحرز في مجـالات العمل الأخرى. ولتحقيق فعالية أي معونة، لا بد من التنسيق والتعاون الوثيقين مع مجـالات العمل الأخرى. كما يُعد التنسيق مع السلطات المحلية وغيرها من المنظمات المستجيبة والمنظمات المجتمعية أمراً ضروريا لضمان تلبية الاحتياجات وتفادي ازدواج الجهود وضمان جودة العمليات في مجـال الأمن الغذائي والتغذية والمعونة.



ويبين الإطار المفاهيمي الخاص بنقص التغذية (انظر الصفحة السابقة) أن الانتماء إلى وسط عائلي فقير، وعدم توفر الخدمات الصحية الملائمة، هما من أسباب سوء التغذية. وللوقاية من سوء التغذية وتصحيحها، لا بد من تحقيق المعايير الدنيا الواردة في هذا الفصل وفي الفصل الخاص بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وفصلي المأوى والصحة. كما يلزم تحقيق المعايير الأساسية وتناول مبادئ الحماية. ولتحقيق الأمن الغذائي وتأمين التغذية لجميع فئات السكان بطريقة تضمن بقاءها وتحفظ كرامتها، لا يكفي تحقيق المعايير الواردة في هذا الفصل فقط.

وقد أشير عند اللزوم إلى بعض المعايير أو الملاحظات الإرشادية المحددة الواردة في الفصول الأخرى وإلى المعايير المرافقة والتكميلية.

علاقة هذا الفصل بمبادئ الحماية والمعايير الأساسية

إذا أريد الوفاء بالمعايير الواردة في هذا الدليل، كان على كل الوكالات الإنسانية أن تسترشد بمبادئ الحماية، حتى لو لم تكن مهمة تلك المنظمات منصبة على الحماية بالتحديد، أو لم تكن تتمتع بمؤهلات في مجـال الحماية. ولا تعتبر هذه المبادئ «مطلقة»، فمن المعروف أن الظروف قد تحول دون التزام المنظمات بها. غير أنها تعكس الشواغل الإنسانية العامة التي ينبغي أن يسترشد بها العمل الإنساني دائما.

المعايير الأساسية عبارة عن عمليات أساسية ومعايير مشتركة تخص كل مجـالات عمل المشروع والموظفين. وتشمل المعايير الدنيا الجوهرية الستة: الاستجابة الإنسانية التي تراعي قدرات السكان، والتنسيق والتعاون، والتقدير، والتصميم والاستجابة، والأداء والشفافية والتعلم، وأداء العاملين في مجال المعونة. وتوفر هذه المعايير نقطة مرجعية واحدة للنُهُج التي تقوم عليها كل معايير الدليل الأخرى. لذا يتطلب تطبيق كل فصل تقني الرجوع إلى المعايير الأساسية في نفس الوقت لتسهيل تحقيق معاييره الخاصة. ولضمان تحقيق فائدة الاستجابة وجودتها بصفة خاصة، ينبغي إشراك السكان المنكوبين – بمن فيهم أكثر الجماعات والأفراد عرضة للخطر في حالات الكوارث – بأقصى قدر ممكن.

مواطن ضعف السكان المتضررين من الكوارث وقدراتهم

حُرر هذا الجزء ليُقرأ مع المعايير الأساسية ويعززها.

من المهم أن نفهم أن كون المرء شاباً أو مسنّاً، امرأة أو شخصاً مصاباً بإعاقة أو بفيروس الإيدز، لا يجعل، في حد ذاته، ذلك الشخص ضعيفاً أو أكثر عرضة للخطر. بل أن تراكم العوامل هو الذي يؤدي إلى الضعف. فيرجح، على سبيل المثال، أن يكون الشخص الذي يزيد سنه على ٧٠ عاما ويعيش بمفرده ويعاني من اعتلال صحته أضعف من الشخص الذي يبلغ نفس سنه وله نفس وضعه الصحي ولكنه يعيش ضمن عائلة ممتدة وله دخل مناسب. وبالمثل، فأن الفتاة التي يبلغ سنها ٣ سنوات، أكثر عرضة للخطر بكثير إذا كانت وحدها مما لو كانت تعيش في رعاية والِدَين مسؤولَين.

ومن شأن إجراء تحليل للضعف والقدرات، بينما يجري تنفيذ معايير الأمن الغذائي والتغذية واتخاذ بعض التدابير الأساسية الأخرى، أن يساعد على التأكد من أن تدعم جهود الاستجابة للكارثة الأشخاص الذين يحق لهم الحصول على المساعدة ومَن هم أكثر حاجة إليها دون تمييز. ويتطلب ذلك فهما متعمقا للسياق المحلي وللطريقة التي يمكن بها لأزمة معنية أن تؤثر في مجموعات معينة من الناس بطرق مختلفة بسبب أوجه الضعف التي يعانون منها (كالفقر المدقع أو المعاناة من التمييز)، وتعرضهم لمختلف أشكال التهديد (كالعنف الجنساني، بما فيه الاستغلال الجنسي)، وتفشي الأمراض أو انتشارها (كالحصبة أو الكوليرا). ويمكن أن تؤدي الكوارث إلى تفاقم أوجه التفاوت القائمة. غير أن دعم أساليب مواجهة الناس للأزمات وثباتهم وقدرتهم على الانتعاش يُعد أمرا أساسيا. كما يلزم مناصرة ودعم معارفهم ومهاراتهم واستراتيجياتهم وإمكانيات حصولهم على الدعم الاجتماعي والقانوني والمالي والنفسي، ومراعاة مختلف العقبات المادية والثقافية والاقتصادية والاجتماعية التي قد يواجهونها للحصول على هذه الخدمات بصورة منصفة.

وتبرز النقاط التالية بعضا من مجـالات العمل الرئيسية التي تسهم في مراعاة حقوق كل السكان الضعفاء وقدراتهم:

- تحسين مشاركة السكان بأقصى قدر ممكن، وضمان إشراك كل الفئات وبالأخص أقلها ظهوراً (مثل الأفراد الذين يعانون من صعوبة في الاتصال أو الحركة، والأشخاص المقيمون في مؤسسات، والشباب الموصومون، وغيرها من الفئات غير الممثلة أو ذات التمثيل المحدود).
- تصنيف البيانات حسب الجنس والسن (صفر – ٨٠ عاما) في أثناء عمليات التقدير. إذ يعتبر ذلك عنصرا مهما في ضمان مراعاة تنوع السكان عند تطبيق معايير الأمن الغذائي والتغذية.
- ضمان الإبلاغ بالحق في الحصول على معلومات عن الاستحقاقات بشكل يشمل كل أفراد المجتمع المعني ويسهّل عليهم فهمها.



المعايير الدنيا

١- تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية

قد يكفي، في ظل أزمة حادة ولتنظيم استجابة فورية، إجراء تقدير أولي سريع ومشترك بين مجـالات العمل للحاجات بهدف البت فيما إذا كان ينبغي تقديم معونة فورية أم لا. والغرض من التقديرات السريعة الأولية هو تكوين صورة سريعة وواضحة لسياق معين خلال فترة ما. ومن المرجح أن يلزم إجراء تقديرات إضافية لحالة الأمن الغذائي والتغذية، يتطلب إجراؤها بشكل مناسب الكثير من الوقت والموارد. والتقدير هو عملية متواصلة – وعلى الأخص في ظل الأزمات الممتدة – يجب الاستناد إليها لتحديد الأشخاص المستهدفين واتخاذ القرارات في إطار إدارة الاستجابة.

ويُفضل أن تكون تقديرات حالة الأمن الغذائي والتغذية متداخلة، وأن تسعى إلى تشخيص العقبات التي تعترض التغذية المناسبة، وتنظيم العمليات الرامية إلى تحسين توفر الأغذية والحصول عليها، وضمان أفضل استفادة ممكنة من الغذاء المستهلك. وترد قوائم مرجعية لإجراء التقديرات في المرفق رقم ١: قائمة مرجعية لتقدير حالة الأمن الغذائي وسبل المعيشة؛ والمرفق رقم ٢: قائمة مرجعية لتقدير مدى تأمين البذور، والمرفق رقم ٣: قائمة مرجعية لتقدير حالة التغذية.

يتبع معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية المعيار الأساسي رقم ٣ (انظر الصفحة رقم ٥٧) ويطبقان كلما تم تخطيط عملية في مجـالي التغذية والأمن الغذائي، أو دعي إلى تنظيم مثل هذه العملية.

معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١ : الأمن الغذائي

عندما يزداد تعرض الناس لخطر انعدام الأمن الغذائي، تُجرى عمليات التقدير بالاستعانة بأساليب مقبولة لفهم نوع انعدام الأمن الغذائي وحدته ونطاقه، ولكشف من هم أكثر الناس تضررا، وتحديد أنسب استجابة.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تطبيق منهج يلتزم بالمبادئ المقبولة على نطاق واسع، ووصفه وصفا مستفيضا في تقرير التقدير (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- جمع المعلومات وتحليلها في المرحلة الأولية من عملية التقدير (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- تحليل وقع انعدام الأمن الغذائي على الحالة الغذائية للسكان (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- ينبغي أن يستند التقدير إلى القدرات المحلية حيثما أمكن، بما في ذلك المؤسسات الرسمية وغير الرسمية (انظر الملاحظة الإرشادية ٩).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي بيان حالة الأمن الغذائي للأفراد والعائلات والمجتمعات وسُبل معيشتهم لتوجيه العمليات (انظر الملاحظات الإرشادية ٣-٩)
- ينبغي تلخيص استنتاجات عمليات التقدير في تقرير تحليلي يتضمن توصيات واضحة بالتدابير التي ينبغي اتخاذها من أجل أشد الأفراد والجماعات ضعفاً (انظر الملاحظات الإرشادية ١-١٠).
- ينبغي أن تستند الاستجابة إلى حاجات السكان المباشرة إلى الغذاء، ولكن ينبغي أن تراعي مسألة حماية أساليب تأمين المعيشة وترويجها (انظر الملاحظة الإرشادية ١٠).

الملاحظات الإرشادية

١- ***المنهج***: يُعد نطاق إجراءات التقدير وأخذ العينات مهماً، حتى لو لم تكن هذه الإجراءات رسمية. وينبغي أن تتضمن تقديرات حالة الأمن الغذائي أهدافا واضحة وأن تطبق أساليب عمل مقبولة دولياً. ويُعد تأكيد التقديرات بفضل مختلف مصادر المعلومات (مثل تقدير حالة المحاصيل، والصور الملتقطة بالأقمار الصناعية، والتقديرات الخاصة بالعائلات) أمراً حيوياً للتوصل إلى استنتاجات متوافقة (انظر المعيار الأساسي ٣ في الصفحة رقم ٥٧ والمراجع والمزيد من المطالعات).

٢- ***مصادر المعلومات***: قد يمكن العثور على معلومات ثانوية بشأن الوضع قبل الكارثة. ولما كان للنساء والرجال أدوار مختلفة ومتكاملة في تأمين المتطلبات الغذائية للعائلة، ينبغي فرز هذه المعلومات حسب الجنس بقدر المستطاع (انظر المعيار الأساسي ٣ في الصفحة ٥٧ والمرفق رقم ١: قائمة مرجعية لتقدير حالة الأمن الغذائي وسبل المعيشة).

٣- ***توفر الأغذية والحصول عليها واستهلاكها واستعمالها***: انظر تعريف توفر الأغذية والحصول عليها واستعمالها في الصفحة رقم ١٣٨). ويعكس استهلاك الأغذية استهلاك الأفراد للطاقة والمغذيات ضمن العائلات. وليس من العملي قياس مضمون الطاقة الفعلي والتفاصيل الخاصة بالمغذيات أثناء عمليات التقدير. ويمكن اعتبار التغييرات في عدد الوجبات المستهلكة قبل الكارثة وبعدها، مؤشرا بسيطا ولكنه مؤشر واضح على التغييرات في حالة الأمن الغذائي. ويعكس عدد المجموعات الغذائية التي يستهلكها الفرد أو العائلة، وتواتر استهلاكها خلال فترة مرجعية معينة، تنوع الوجبة الغذائية. ويمثل ذلك مؤشراً غير مباشر جيداً، لا سيما عندما يقترن بمركز العائلة الاجتماعي والاقتصادي، وكذلك بإجمالي استهلاك الطاقة الغذائية وجودة الوجبة الغذائية. ومن جملة الأدوات التي يمكن أن توفر قياسات يعول عليها لأنماط استهلاك الأغذية والمشكلات المرتبطة باستهلاك الأغذية، هناك التقويمات الموسمية، ودرجة تنوع الوجبة الغذائية للعائلة، ومقياس انعدام الأمن الغذائي للعائلة، أو وتيرة استهلاك الأغذية.

٤- ***انعدام الأمن الغذائي والحالة الغذائية***: يمثل انعدام الأمن الغذائي أحد أسباب سوء التغذية الثلاثة. غير أن انعدام الأمن الغذائي ليس بالضرورة سبب سوء التغذية الوحيد.

٥- ***السياق***: يمكن أن يكون انعدام الأمن الغذائي ناتجاً عن عوامل اقتصادية كلية وهيكلية واجتماعية وسياسية أوسع نطاقاً، بما فيها السياسات الوطنية والدولية أو المؤسسات التي تؤثر في إمكانية

حصول السكان المنكوبين على طعام مناسب مغذي، وفي تدهور البيئة المحلية. وكثيراً ما يُعّرف ذلك بانعدام الأمن الغذائي المزمن من حيث أنه حالة طويلة الأجل ناجمة عن مواطن ضعف وهيكلية، يمكن أن تتفاقم في أعقاب الكوارث. وتجدر الإشارة إلى أن نظم المعلومات المحلية والإقليمية المتعلقة بالأمن الغذائي، بما فيها نظم الإنذار المبكر بحدوث مجاعة، وتصنيف مراحل الأمن الغذائي المتكامل، تعتبر آليات مهمة لتحليل المعلومات.

٦- ***تحليل الاستجابة***: يختلف مفهوم الأمن الغذائي باختلاف حياة الناس ومكان إقامتهم، ونظام السوق، وإمكانية وصولهم إلى الأسواق، ومركزهم الاجتماعي (بما في ذلك جنسهم وسنهم) والفترة من السنة، وطبيعة الكارثة والاستجابة لها. ويجب أن يبين التقدير كيفية حصول السكان على غذائهم وتأمين دخلهم قبل الكارثة، وكيفية مواجهتهم للوضع الآن. وينبغي أخذ الأمن الغذائي للسكان المضيفين في الاعتبار في حالات نزوح السكان. كما ينبغي أن يحلل التقدير الأسواق والبنوك والمؤسسات المالية أو غيرها من آليات التحويل المحلية في حالات التحويلات النقدية، وكذلك سلسلة الإمدادات الغذائية والأخطار المرتبطة بها (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١). ومن شأن ذلك أن يساعد على تقدير إمكانية تنظيم عمليات التحويلات النقدية أو توصيل المواد الغذائية، وتصميم آليات مأمونة وفعالة لتسليمها.

٧- ***تحليل السوق***: ينبغي أن يشكل تحليل السوق جزءا من عمليات التقدير الأولية واللاحقة. وينبغي أن يضم تحليل الأسواق كلا من اتجاهات الأسعار، وتوفر السلع والخدمات الأساسية، ووقع الكارثة على هياكل السوق، والمدة اللازمة المتوقعة للانتعاش. ويمكن أن يساعد فهم قدرة الأسواق على توفير العمالة والغذاء واللوازم والخدمات الأساسية بعد الكوارث، على تخطيط استجابة سريعة وفعالة من حيث التكلفة ومناسبة، يمكن أن تسهم في تحسين الاقتصاد المحلي. ويمكن أن تتجاوز أنظمة السوق الحاجات القصيرة الأجل بعد الكارثة، لتشمل حماية سبل المعيشة عن طريق توفير مواد إنتاجية (كالبذور والأدوات، الخ) والمحافظة على الطلب على العمالة. وينبغي تصميم البرامج بحيث تدعم المشتريات المحلية حيثما أمكن (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٤، والملاحظات الإرشادية ٢-٣ في الصفحة رقم ١٨٢، والأمن الغذائي – معيار سبل المعيشة رقم ١، والملاحظة الإرشادية رقم ٧ في الصفحة رقم ٢٠٠، والأمن الغذائي – معيار سبل المعيشة رقم ٣، والملاحظة الإرشادية ٢ في الصفحة رقم ٢٠٤).

٨- ***استراتيجيات مواجهة الأزمات***: ينبغي تقدير وتحليل مختلف أنواع أساليب مواجهة السكان للأزمات، ومن يطبقها ومتى، ومدى نجاحها، وطبيعة آثارها السلبية (في حال انطوائها على آثار سلبية). وينصح عادة باستعمال أدوات مثل مؤشر أساليب المواجهة. وإذا كانت استراتيجيات مواجهة الأزمات متنوعة عادة، فهناك مراحل مختلفة للمواجهة. وتوجد أساليب طبيعية وإيجابية للمواجهة يمكن دعمها. وهناك أساليب أخرى تدعى أحيانا «التصدي للأزمات»، يمكن أن تقضي بشكل نهائي على الأمن الغذائي في المستقبل (مثل بيع الأرض وهجرة أسر بكاملها بسبب الأزمة، أو إزالة الغابات). ويمكن أن تؤدي بعض أساليب مواجهة الأزمات التي تلجأ إليها النساء والفتيات أو التي تُفرض عليهن، إلى التأثير بشكل ملموس وضار على صحتهن وراحتهن النفسية واحتوائهن الاجتماعي. كما يمكن أن تؤثر أساليب مواجهة السكان للأزمات في البيئة، وذلك عبر الاستغلال المفرط للموارد الطبيعية التي تعتبر ملك الجميع. وينبغي أن يحدد التحليل حدا أدنى من الحاجات

المعيشية بغية التوصل إلى أنسب تشكيلة من الاستجابات التي تضمن المحافظة على الأمن الغذائي ودعمه قبل استنفاد كل الخيارات غير الضارة (انظر مبدأي الحماية ١ و٢ في الصفحات ٣١-٣٤)

٩- ***تحليل الضعف على أساس المشاركة***: تعد المشاركة الجادة لمختلف مجموعات النساء والرجال والمنظمات والمؤسسات المحلية المعنية في كل مراحل التقدير أمراً حيوياً. وينبغي إعداد البرامج على أساس المعارف المحلية والحاجات القائمة، وتكييفها مع الظروف المحلية. ويمكن تركيب نظم أو شبكات محلية للإنذار المبكر والاستجابة السريعة في المناطق المعرضة لكوارث طبيعية متكررة أو لنزاعات مستفحلة، أو وضع خطط للطوارئ يستحسن دمجها في عمليات التقدير. ومن المهم إشراك النساء في تصميم المشاريع وتنفيذها (انظر مبادئ الحماية ٢-٤ في الصفحات ٣٥-٣٨).

١٠- ***تلبية الحاجات الفورية والتخطيط الطويل الأجل***: يمكن أن تشمل العمليات التي ترمي إلى تلبية المتطلبات الغذائية الفورية، توصيل المواد الغذائية والتحويلات النقدية والقسائم. ويمكن أن تكون هذه العمليات منفردة أو أن تنفذ إلى جانب عمليات أخرى لدعم سبل المعيشة. وإذا كان من الواجب أن تتصدر تلبية الحاجات الفورية وصون مقومات الإنتاج قائمة الأولويات دائماً خلال المراحل الأولى من أي أزمة، فأن تخطيط عمليات الاستجابة للأزمات يجب أن يراعي الأجل الطويل في كل الأحوال، إلى جانب إدراك وقع تغير المناخ على ضرورة إصلاح البيئة المتردية.

معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ٢ : التغذية

عندما يزداد خطر تعرض الناس لنقص التغذية، ينبغي إجراء تقديرات تستند إلى مناهج مقبولة دوليا، لفهم نوع سوء التغذية وحدّتها ونطاقها، وتشخيص من هم أكثر تضررا منه ومن هم أكثر عرضة لسوء التغذية، وتنظيم الاستجابة المناسبة.



التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- جمع المعلومات المتاحة في التقديرات الأولية السابقة للكارثة، لتسليط الضوء على طبيعة الحالة الغذائية وخطورتها (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٦).
- تشخيص فئات السكان التي هي في أمس الحاجة إلى الدعم الغذائي، والأسباب الكامنة التي يمكن أن تؤثر في الحالة الغذائية. (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢)
- البت فيما إذا كان يلزم إجراء تقديرات نوعية أو كمية للسكان لتحسين إجراء قياسات الجسم وفهمها، ومستوى المغذيات الدقيقة، وتغذية الرُضّع وصغار الأطفال، وممارسات رعاية الأمومة والعناصر المرتبطة بذلك التي يمكن أن تؤثر في نقص التغذية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- مراعاة آراء المجتمع المحلي وغيرهم من المعنيين المحليين بشأن العوامل المحتملة التي تسهم في نقص التغذية (انظر الملاحظة الإرشادية ٧).

- إدراج تقدير للقدرات الوطنية والمحلية لقيادة و/أو دعم الاستجابة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٨).
- استعمال معلومات تقدير حالة التغذية للبت فيما إذا كان الوضع مستقرا أو في تراجع (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٧ و٨).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي اعتماد مناهج للتقدير والتحليل تتضمن مؤشرات معيارية تلتزم بالمبادئ المقبولة على نطاق واسع، وذلك لإجراء التقديرات الخاصة بقياسات الجسم وغيرها من القياسات (انظر الملاحظات الإرشادية ٣-٦).
- ينبغي تقديم استنتاجات التقدير في تقرير تحليلي يتضمن توصيات واضحة بشأن التدابير التي تستهدف أضعف الأفراد والمجموعات (انظر الملاحظات الإرشادية ٣-٦).

الملاحظات الإرشادية

١- ***المعلومات التي تراعي السياق***: يمكن جمع المعلومات المتعلقة بأسباب نقص التغذية من مصادر أولية أو ثانوية. ويمكن أن تشمل الأنماط الصحية والغذائية القائمة، وتقارير الأبحاث، ومعلومات الإنذار المبكر، وسجلات مراكز الصحة، وتقارير الأمن الغذائي والمجموعات المجتمعية. وفي حال تعذر الحصول على معلومات خاصة بمجـالات التقدير المحددة أو العمليات المحتملة، ينبغي الإطلاع على مصادر أخرى، مثل استقصاءات الصحة السكانية، والاستقصاءات المتعددة المؤشرات، وغيرها من الاستقصاءات الوطنية حول الصحة والتغذية، ونظام منظمة الصحة العالمية للإعلام عن الحالة الغذائية ونظام منظمة الصحة العالمية للمعلومات الخاصة بالفيتامينات والمغذيات المعدنية ونظام المعلومات بشأن التغذية في ظل الأزمات، والنُظم الوطنية لمراقبة حالة التغذية، ومعدلات استقبال المرضى وتغطية السكان في برامج إدارة سوء التغذية القائمة. وفي حال توفر بيانات تمثيلية، يُستحسن النظر إلى اتجاهات الحالة الغذائية السائدة على مر الزمن، بدلا من النظر إلى حالة سوء التغذية في فترة زمنية محددة (انظر المرفق رقم ٣: القائمة المرجعية لتقدير حالة التغذية). وينبغي إجراء التقديرات الخاصة بالتغذية في إطار تقديرات أوسع نطاقا، وعلى الأخص تلك التي تركز على الصحة العامة والأمن الغذائي. وينبغي جمع معلومات عن مبادرات التغذية القائمة وقدرتها التشغيلية، وقدرة الاستجابة المحلية والوطنية، بغية تشخيص الثغرات وتوجيه الاستجابة.

٢- ***نطاق التحليل:*** ينبغي إجراء تقدير متعمق بعد التقدير الأولي (انظر المعيار الأساسي ٣ في الصفحة رقم ٥٧) في الحالات التي يُكشف فيها عن نقص في المعلومات فقط، وعندما يلزم الحصول على معلومات إضافية تساعد على اتخاذ القرارات الخاصة بالبرامج، وقياس نتائج البرامج، أو لأغراض المناصرة. ويُقصد بالتقدير المتعمق للحالة الغذائية، تطبيق عدد من مناهج التقدير الممكنة، بما فيها الاستقصاءات الخاصة بقياسات الجسم، وتقديرات حالة التغذية لدى الرُضّع وصغار الأطفال، والاستقصاءات الخاصة بالمغذيات الدقيقة، وتحليل أسبابها. كما يمكن استعمال نُظم مراقبة التغذية ورصدها.

٣- ***المنهج:*** ينبغي أن يكون الهدف من التقديرات الخاصة بالحالة الغذائية، أيا كان نوعها، واضحاً، وأن يُطبق في إجراء هذه التقديرات مناهج مقبولة دوليا، وأن تشخص الأفراد الضعفاء من الناحية الغذائية، وأن تساهم في فهم العوامل التي قد تسهم في نقص التغذية. وينبغي توثيق عملية التقدير والتحليل وعرضها في تقرير بطريقة منطقية وواضحة. وينبغي أن تكون مناهج التقدير غير متحيزة وتمثيلية وأن يُحسن تنسيقها بين المنظمات والحكومات، لكي تكون المعلومات متكاملة ومتناسقة ومتشابهة. وقد يمكن الاستفادة من تقديرات مختلف المنظمات في تقدير المجـالات التقنية المتعددة واسعة النطاق التي تغطي مناطق جغرافية ممتدة.

٤- ***الاستقصاءات الخاصة بقياسات الجسم:*** هي استقصاءات مقطعية تمثيلية تستند إلى اختيار عينات بصورة عشوائية أو إلى فحص مستفيض. وتوفر هذه الاستقصاءات تقديراً لمدى انتشار سوء التغذية (المزمنة والحادة). وينبغي أن تقيس الوزن مقابل الطول أولا استنادا إلى الفارق المعياري عن متوسط القيمة وفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية (انظر المرفق رقم ٤: قياس سوء التغذية الحاد). كما يمكن قياس نسبة الوزن مقابل الطول استنادا إلى الفارق المعياري عن متوسط القيمة وفقا للمركز الوطني لإحصائيات الصحة، لمقارنتها مع الاستقصاءات السابقة. وينبغي أن تضم الاستقصاءات الخاصة بقياسات الجسم الهزال والهزال الحاد الذي يقاس بمحيط الساعد الأعلى. وينبغي تقدير الاستفساء (الانتفاخ) الغذائي وتسجيله بصورة منفصلة. وينبغي الإفادة بمُعاملات الثقة فيما يتعلق بمدى انتشار سوء التغذية وإثبات جودة الاستقصاءات. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق استعمال الأدوات الموجودة (مثل دليل وأدوات منهج الرصد والتقدير الموحدين للإغاثة والمراحل الانتقالية، أو البرنامج الجاهز لتقدير حالة التغذية في حالات الطوارئ، والبرنامج الجاهز لجمع البيانات وتحليلها EpiInfo). والواقع أن أكثر الممارسات انتشارا في هذا المجـال هي تقدير مستويات سوء التغذية لدى الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهراً واعتبارها مؤشرا للسكان إجمالاً. ولكن، عندما تكون فئات أخرى من السكان أشد تضرراً، أو تواجه مخاطر أكبر من الناحية الغذائية، ينبغي في هذه الحالة إجراء تقدير للوضع (انظر المرفق رقم ٤: قياس سوء التغذية الحاد).



٥- ***المؤشرات خلاف مؤشرات قياسات الجسم:*** من المهم الحصول على معلومات إضافية إلى جانب المعلومات الخاصة بقياسات الجسم، على أن تظل محدودة عندما تُرفق باستقصاءات قياسات الجسم لتفادي التأثير في جودة الاستقصاء. وتضم هذه المؤشرات معدلات التغطية التطعيمية (بالأخص فيما يتعلق بالحصبة)، ومنح مكملات فيتامين A، ونقص المغذيات الدقيقة، ومؤشرات منظمة الصحة العالمية الخاصة بتغذية الرُضّع وصغار الأطفال. كما يمكن قياس المعدلات الأولية لوفيات الرُضّع والأطفال دون سن الخامسة، عند اللزوم.

٦- ***نقص المغذيات الدقيقة:*** إذا كان السكان يعانون من نقص معروف في فيتامين A أو اليود أو الزنك أو الأنيميا الناجمة عن نقص الحديد قبل وقوع الكارثة، فيرجح أن تؤدي الكارثة إلى تفاقم المشكلة. وقد تتفشى أمراض مثل الحصاف أو البري بري أو الأسقربوط أو غيرها من الأمراض الناجمة عن نقص المغذيات الدقيقة، ينبغي مراعاتها عند تخطيط عمليات التقدير. وإذا راجع أشخاص يعانون من أي من هذه الأمراض مراكز الصحة، فمن المرجح أن يكون ذلك مؤشرا على عدم حصولهم على وجبات مناسبة، ويشير على الأرجح إلى معاناة السكان كلهم من هذه المشكلة.

ويمكن أن يتم تقدير نقص المغذيات الدقيقة بصورة مباشرة أو غير مباشرة. ويشمل التقدير غير المباشر تقدير استهلاك المغذيات على مستوى السكان واستقراء خطر نقص المغذيات عن طريق استعراض البيانات المتاحة بشأن الحصول على الأغذية وتوافرها واستهلاكها (انظر معيار الأمن الغذائي وتقدير حالة التغذية رقم ١ في الصفحة رقم ١٤٤)، وتقدير مدى فائدة الحصة الغذائية (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ١ في الصفحة رقم ١٧٣). ويتضمن التقدير المباشر، حيثما أمكن تحقيقه، قياس نقص المغذيات لدى الأفراد أو عيّنة من السكان في العيادات أو العيادات الفرعية، مثل قياس مستوى الهيموغلوبين أثناء الاستقصاءات، حيث يمكن أن يكون انتشار الأنيميا مؤشرا لنقص الحديد.

٧- ***تفسير مستويات نقص التغذية:*** إن معرفة ما إذا كانت مستويات نقص التغذية تتطلب تدخلا يقتضي تحليلا مفصلا للوضع في ضوء عدد السكان وكثافتهم، ومعدلات الاعتلال والوفيات المرجعية (انظر معيار خدمات الصحة الأساسية رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٣ في الصفحة رقم ٢٩٥). كما يتطلب الرجوع إلى مؤشرات الصحة، والتقلبات الموسمية، ومؤشرات تغذية الرُضّع وصغار الأطفال، ومستويات سوء التغذية قبل الكارثة، ومستويات نقص المغذيات الدقيقة (انظر المرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة)، ونسبة سوء التغذية الحاد الشديد مقابل سوء التغذية الحاد الشامل، وغيره من العوامل التي تؤثر في الأسباب الكامنة لنقص التغذية. وقد تكون الاستعانة بتشكيلة من نظم المعلومات المتكاملة أكثر الطرق مردودية لرصد الاتجاهات في هذا المجـال. وينبغي أن تشارك المؤسسات المحلية والسكان في أنشطة الرصد وتفسير النتائج وتخطيط الاستجابة، حيثما أمكن. وقد يكون من المناسب تطبيق نماذج ومناهج اتخاذ القرار التي تراعي عددا من المتغيرّات، بما فيها الأمن الغذائي، وسُبل المعيشة، والصحة والتغذية (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٥ في الصفحة رقم ١٤٥).

٨- ***اتخاذ القرارات:*** ينبغي اتخاذ القرارات المتعلقة بعمليات الاستجابة الرامية إلى إدارة حالة سوء التغذية، في ضوء نتائج التقديرات. ولا يلزم انتظار نتائج التقديرات المتعمقة لاتخاذ قرار الشروع في عمليات توزيع المواد الغذائية العامة أو غيرها من العمليات الوقائية أو تقديم العلاج الفوري في المرحلة الحادة من الكارثة. وعندما تُجرى عمليات التقدير، يجب الاستناد إلى نتائجها لتنظيم العمل. وينبغي أن يعتمد اتخاذ القرارات على فهم نقص التغذية كما ورد في الإطار المفاهيمي، وعلى نتائج تقديرات حالة التغذية والقدرات الموجودة للاستجابة لها.

٢- تغذية الرُضّع وصغار الأطفال

إن الممارسات دون المثالية في مجـال تغذية الأطفال تزيد من تعرضهم إلى نقص التغذية والإصابة بالأمراض والموت. وتشتد المخاطر في ظل الكوارث، والصغار هم أكثر الفئات تأثرا. ومن جملة الممارسات المثالية التي تزيد من فرص نجاة الأطفال دون سن ٢٤ شهرا، وتقلل إمكانيات اعتلالهم إلى أدنى حد، نذكر اللجوء بأسرع ما يمكن إلى تشجيع الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في تغذيتهم لمدة ستة أشهر، ومواصلة الرضاعة الطبيعية حتى سن ٢٤ شهرا أو أكثر، وتزويدهم بأغذية تكميلية مناسبة وسليمة اعتبارا من سن ٦ أشهر.

ويندرج برنامج تغذية الرُضّع وصغار الأطفال في إطار العمليات الرامية إلى حماية ودعم المتطلبات الغذائية للرُضع وصغار الأطفال الذين يُرضعون رضاعة طبيعة أو أولئك الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية. وتضم العمليات ذات الأولوية حماية الرضاعة الطبيعية ودعمها، وتقليل مخاطر التغذية الصناعية، وتسهيل التغذية التكميلية المناسبة والسليمة. ويلزم إيلاء عناية خاصة للرُضع وصغار الأطفال الذي يعيشون ظروفا شديدة الصعوبة، كالذين يعيشون ضمن فئات من السكان يتفشى بينها فيروس الإيدز، والأيتام، والرُضّع ذوي الوزن المنخفض، وأولئك الذين يعانون من سوء التغذية الحاد. وتُعد حماية ومساندة الصحة الغذائية والبدنية والعقلية لكل من النساء الحوامل والنساء المرضعات عنصرا أساسيا لتحقيق راحة الأم وطفلها. كما ينبغي مراعاة الحاجات الخاصة لمقدمي الرعاية كالأجداد أو الآباء الوحيدين أو الأشقاء. ويعتبر العمل المشترك بين القطاعات أساسيا لحماية المتطلبات الغذائية الأعم للرُضع وصغار الأطفال وأمهاتهم وتلبيتها بشكل مناسب وبسرعة. وتشكل تغذية الرُضّع وصغار الأطفال جزءا لا يتجزأ من عدد من معايير هذا الفصل وقد تتداخل مع فصول أخرى.



معيار تغذية الرُضّع وصغار الأطفال رقم ١ : التوجيه السياسي والتنسيق

تُحمى التغذية السليمة والمناسبة للرضع وصغار الأطفال عبر تطبيق توجيهات سياسية أساسية والتنسيق الصارم.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- دعم نصوص الإرشادات التشغيلية بشأن تغذية الرُضّع في حالات الطوارئ، والمدونة الدولية بشأن تسويق بدائل لبن الأم، وقرارات جمعية الصحة العالمية المتعلقة بها (المعروفة معاً باسم المدونة) (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- تفادي التماس أو قبول تبرعات في شكل بدائل لبن الأم أو غيرها من منتجات اللبن، وقناني الرضاعة وحلماتها المطاطية (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي رسم سياسة وطنية و/أو سياسة خاصة بالوكالة تتناول مسألة تغذية الرُضّع وصغار الأطفال وتعكس الإرشادات التشغيلية الخاصة بتغذية الرُضّع في حالات الطوارئ (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي تعيين هيئة تقود عملية تنسيق برامج تغذية الرُضّع وصغار الأطفال في كل حالات الطوارئ (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي تعيين هيئة تتناول التبرعات من بدائل لبن الأم، ومنتجات اللبن، وقناني الرضاعة وحلماتها المطاطية (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- مراقبة أي انتهاك للمدونة والإفادة به (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).

الملاحظات الإرشادية

١- ***التوجيه السياسي والتنسيق والاتصالات:*** ينبغي أن تضم وثائق التوجيه السياسي الأساسية التي تستند إليها برامج الطوارئ، الإرشادات التشغيلية بشأن تغذية الرُضّع في حالات الطوارئ والمدونة. ويمكن الحصول على إرشادات إضافية في الجزء المخصص للمراجع والمزيد من المطالعات. وقد حث قرار جمعية الصحة العالمية رقم ٢٣-٦٣ (عام ٢٠١٠) الدول الأعضاء على ضمان التزام خطط التأهب الوطنية والدولية، وعمليات الاستجابة للطوارئ، بالإرشادات التشغيلية الخاصة بتغذية الرُضّع في حالات الطوارئ. ويشمل التأهب للكوارث: رسم السياسات، والتوجيه، والتدريب على تغذية الرُضّع في حالات الطوارئ، والكشف عن مصادر بدائل لبن الأم والأغذية التكميلية التي تلتزم بالمدونة. وينبغي تعيين جهاز يقود برامج تغذية الرُضّع وصغار الأطفال في كل حالة من حالات الطوارئ. وتعتبر مراقبة أي خرق للمدونة والإفادة به مساهمة مهمة في المساعدة على تحقيق المساءلة. وتؤثر المعلومات الواضحة والمتناسقة المخصصة للسكان المنكوبين الواردة في البيانات الصحفية، تأثيرا حاسماً في الاستجابة.

٢- ***إدارة اللبن ومنتجاته***: لا ينبغي أن يُدرج اللبن ومنتجاته في عمليات التوزيع غير المحددة الأهداف (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٢، الملاحظة الإرشادية ٥ في الصفحة رقم ١٩٧). ينبغي أن تكون التعليمات الخاصة بالتغذية الصناعية وإدارتها متماشية مع الإرشادات التشغيلية بشأن تغذية الرُضّع في حالات الطوارئ والمدونة، ويستحسن أن يتم ذلك بموجب تعليمات من الهيئة التي تم تعيّنها لتنسيق تغذية الرُضّع في حالات الطوارئ. ولا ينبغي طلب التبرع ببدائل لبن الأم ومنتجات اللبن وقناني الرضاعة وحلماتها المطاطية أو قبولها في حالات الطوارئ. ويجب أن توضع كل التبرعات التي تصل بالفعل، تحت رقابة وكالة إنسانية يجري تعيّنها، وأن تحدد هيئة تنسيق تغذية الرُضّع في حالات الطوارئ طريقة إدارتها.

معيار تغذية الرُضّع وصغار الأطفال رقم ٢ : الدعم الأساسي والمهني

ينبغي أن تحصل الأمهات ومن يقدمون الرعاية للرُضع وصغار الأطفال على دعم غذائي سريع ومناسب يقلل من المخاطر إلى أدنى حد ويُحسن التغذية والصحة وفرص النجاة بأقصى قدر ممكن.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تنفيذ عمليات متكاملة مشتركة بين القطاعات لحماية تغذية الرُضّع وصغار الأطفال بصورة سليمة ودعمها (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- منح أولوية الحصول على الغذاء والنقود و/أو القسائم وغيرها من عمليات الدعم، للنساء الحوامل والمرضعات (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- دمج عنصر المشورة المهنية في مجـال الرضاعة في العمليات التي تستهدف النساء الحوامل والمرضعات والمواليد حتى سن ٢٤ شهرا (انظر الملاحظات الإرشادية ٢-٧).
- استهداف أمهات جميع المواليد ودعم مباشرة الرضاعة الطبيعة في مرحلة مبكرة والاقتصار عليها (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- دعم التغذية التكميلية السليمة والمناسبة والملائمة في الوقت المناسب (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- تمكين الأمهات ومقدمو الرعاية الذين يحتاج رضيعهم إلى تغذية صناعية، من الحصول على كمية مناسبة من بدائل لبن الأم وما يرتبط بذلك من دعم (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).
- إيلاء أهمية خاصة لدعم تغذية الرُضّع وصغار الأطفال في الظروف الشديدة الصعوبة (الأيتام، الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، الرُضّع ذوي الوزن المنخفض، والأطفال المتأثرين بفيروس الإيدز) (انظر الملاحظات الإرشادية ٤-٧).



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- قياس مؤشرات منظمة الصحة العالمية النموذجية بشأن مباشرة الرضاعة الطبيعة مبكرا، وقياس معدل الاقتصار على الرضاعة الطبيعية للأطفال دون سن ٦ أشهر، ومعدل مواصلة الرضاعة الطبيعية للأطفال الذين يبلغ سنهم عاما واحدا وعامين (انظر الملاحظات الإرشادية ٢ و٣ و٥ و٦).
- ينبغي أن يحصل مقدمو الرعاية على أغذية تكميلية للأطفال ما بين سن ٦ أشهر وأقل من ٢٤ شهرا، تكون كافية ومناسبة وملائمة من الناحية الغذائية وسليمة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٦).
- ينبغي أن تحصل الأمهات المرضعات على دعم مهني في مجـال الرضاعة (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣).
- ينبغي الحصول على إمدادات من بدائل لبن الأم تلتزم بالدستور الدولي للأغذية، بالإضافة إلى الدعم الملائم للرضع الذين يحتاجون إلى تغذية صناعية (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).

الملاحظات الإرشادية

١- ***القياسات البسيطة والعمليات الأساسية:*** يلزم إجراء هذه القياسات لتهيئة محيط آمن وداعم لتغذية الرُضّع وصغار الأطفال. وينبغي التنبه للتقارير التي تفيد بتسجيل صعوبات في مجـالات الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية و/أو ممارسات التغذية الصناعية لدى الأطفال ما بين الولادة وسن ٢٤ شهراً والتحري بشأنها. ويحتاج الرُضّع الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية إلى دعم عاجل. وينبغي إعطاء الأولوية لدعم الأمهات ومقدمي الرعاية والنساء الحوامل والمرضعات لتلبية الحاجات الفورية الأساسية. وينبغي تسجيل كل العائلات التي لها أطفال تقل أعمارهم عن ٢٤ شهراً، والأمهات المرضعات لجميع المواليد الجدد، في برامج الأمن الغذائي لضمان حصول الجميع على الأغذية الملائمة. ويتيح تخصيص مآوٍ محددة للأمهات ولمقدمي الرعاية فرصة تبادل المساعدة والحصول على الدعم الأساسي في مجـال تغذية الرُضّع وصغار الأطفال. وينبغي دمج مبادرات دعم الرضاعة الطبيعية في الخدمات الرئيسية، مثل خدمات صحة الإنجاب، والرعاية الصحية الأولية، والخدمات النفسية والاجتماعية، وبرامج التغذية الانتقائية منذ البداية.

٢- ***النساء الحوامل والمرضعات:*** إن عدم حصول المرأة الحامل والمرضعة على كميات مناسبة من المغذيات يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات الحمل، ووفاة الأمهات، وانخفاض وزن الرُضّع، وتدهور الوضع الغذائي للأم وما يصاحبه من انخفاض في تركيز بعض المغذيات في لبن الأم. ويرتبط انخفاض وزن الأم عند الحمل ارتباطا وثيقا بانخفاض وزن المولود، وهو سمة من سمات حمل المراهقات. وينبغي أن تتلقى النساء الحوامل والمرضعات أغذية تكميلية يوميا توفر المقتضيات اليومية من المغذيات الدقيقة المتعددة لحماية مخزون الأمهات من هذه المغذيات ومضمون لبنهن، سواء تلقين حصصا مدّعمه أم لا. وينبغي مواصلة توفير الجرعات الإضافية من الحديد وحامض الفوليك في حال توفيرها بالفعل. كما ينبغي أن تحصل النساء على فيتامين A في غضون ستة أسابيع من الوضع. وينبغي إضافة المغذيات الدقيقة عملا بالتوصيات الدولية فيما يتعلق بالجرعات وتوقيتها. وقد يلزم الإحالة إلى الخدمات النفسية والاجتماعية، وعلى الأخص فيما يتعلق بالسكان المصدومين. وعلى الرغم من أن الدعم الغذائي للأم المراهقة يعد مهماً، فأن البرامج الرامية إلى الحيلولة دون حمل المراهقات هي أنجع البرامج فيما يتعلق بانخفاض وزن الرُضّع.

٣- ***تعليم الاقتصار على الرضاعة الطبيعية:*** (في غضون ساعة من الولادة) يمثل هذا التعليم أولوية لحماية صحة كلا من الأم ووليدها، إذ يستفيد الوليد ذو الوزن المنخفض وأمهاتهم بشكل خاص من التواصل الحميم المباشر عند الولادة، ومن التعليم المبكر على الاقتصار على الرضاعة الطبيعية (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار صحة الطفل رقم ٢، الملاحظة الإرشادية ١ في الصفحة رقم ٣٠٩).

٤- ***الرضاعة الطبيعية***: تقضي الرضاعة الطبيعية البحتة بأن يتلقى الرضيع لبن الأم فقط، وألا يتلقى الماء أو سوائل أخرى أو أغذية جافة، باستثناء المكملات اللازمة من المغذيات الدقيقة أو الأدوية. إذ تؤمن الرضاعة الطبيعية حصول الرضيع على الغذاء والسوائل اللازمة خلال الأشهر الستة الأولى من حياته، وتزوده بالمناعة الفاعلة. كما تحمي الرضاعة الطبيعية الرُضّع الذي يتجاوز سنهم ستة أشهر والأطفال، لا سيما عند الافتقار إلى الماء والإصحاح والنظافة، حيث يعد من المهم مواصلة رضاعتهم حتى سن ٢٤ شهرا أو أكثر. وينبغي طمأنة الأمهات والأسر والمجتمعات المحلية والعاملين الصحيين إلى مرونة الرضاعة الطبيعية؛ فيمكن لظروف الطوارئ الحادة أن تقوض ثقتهم بها. وينبغي أن

يتيح التخطيط وتخصيص الموارد تقديم الدعم المتخصص في مجـال الرضاعة الطبيعية بهدف إدارة حالات أشد صعوبة، بما في ذلك السكان المجهدون والرُضّع دون سن ٦ أشهر الذين يعانون من سوء التغذية الحاد (انظر معيار إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة رقم ٢ في الصفحة رقم ١٦٢)، والسكان المعتادون على التغذية المختلطة، وتغذية الرُضّع في سياق فيروس الإيدز (انظر الملاحظة الإرشادية ٧).

٥- ***التغذية التكميلية:*** هي عملية إعطاء أغذية أخرى إلى جانب لبن الأم اعتبارا من سن ٦ أشهر (أو بديل مناسب للبن الأم للمواليد الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية). وخلال فترة التغذية التكميلية (٦-٢٤ شهرا)، تسهم الرضاعة الطبيعية بشكل ملموس في تأمين الغذاء والسوائل للرضع. ويحتاج الرُضّع الذين لا يُرضعون رضاعة طبيعية إلى الدعم لتعويض نقصهم الغذائي. وتعد الروابط مع برامج الأمن الغذائي أساسية لدعم التغذية التكميلية. وعندما يعتمد السكان على المعونة الغذائية، ينبغي أن تتضمن الحصة العامة أغذية مدّعمة بالمغذيات الدقيقة المناسبة. وقد يلزم توفير إمدادات كاملة من الأغذية التكميلية. ويلزم وضع معايير واضحة لاعتماد المكملات الغذائية المحتوية على الدهون واستعمالها ومواصلتها خلال فترة التغذية التكميلية، وذلك في مختلف ظروف الطوارئ. ولا تشكل الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال أغذية تكميلية. وينبغي مرافقة توزيع الأغذية التكميلية بإرشادات عملية وبعروض عن طريقة تحضيرها. وينبغي استعمال المكملات الغذائية، بما فيها فيتامين A، وفقا لأحدث التوصيات. ويمكن منح الرُضّع ذوي الوزن المنخفض وصغار الأطفال، مكملات الحديد. وإذا كان السكان يقطنون في منطقة معروفة بالملاريا المتوطنة، وجب تخصيص مكملات الحديد للأطفال الذين يعانون من الأنيميا ونقص الحديد، إلى جانب اتخاذ تدابير مناسبة لمكافحة الملاريا.

٦- ***التغذية الصناعية:*** ينبغي أن يقوم عاملون مؤهلون بالكشف المبكر عن المواليد الذين لا يُرضعون رضاعة طبيعية، وتقدير حالتهم الغذائية بغية دراسة خيارات التغذية. وفي حال تعذر إرضاع المواليد، يلعب التبرع بالرضاعة الطبيعية، وبالأخص اللجوء إلى مرضعات، دورا قيّما في تغذية صغار الأطفال والرُضّع ذوي الوزن المنخفض. وعندما يُنصح باستعمال التغذية الصناعية، ينبغي ضمان حصول الأمهات ومقدمي الرعاية على كميات مناسبة من مكملات لبن الأم لفترة زمنية كافية (حتى يبلغ الرُضّع سن ستة أشهر على الأقل) بالإضافة إلى توفير الدعم الأساسي في هذا المجـال (الماء، الوقود، مرافق الخزن، مراقبة النمو، الرعاية الطبية،الوقت). كما ينبغي تشجيع الاقتصار على الرضاعة الطبيعية لتغذية الوليد دون سن ٦ أشهر الذي يتلقى تغذية مختلطة. ويستحسن تفادي استعمال القناني لتغذية الرُضّع لصعوبة تنظيفها. وينبغي أن ترصد البرامج التي تدعم الرضاعة الطبيعية تقاليد تغذية الرُضّع وصغار الأطفال في المجتمعات المحلية عن طريق الاستعانة بمؤشرات نموذجية، لضمان عدم تهديد الرضاعة الطبيعية. وينبغي مراقبة الاعتلال على المستوى الفردي وعلى مستوى السكان، مع تركيز خاص على الإسهال. كما ينبغي التفكير في منح جرعة منخفضة من فيتامين A للمواليد دون سن ٦ أشهر الذين لا يُرضعون.



٧- ***فيروس نقص المناعة البشرية وتغذية الرُضّع:*** إن زيادة فرص نجاة الأطفال غير المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، يمثل أولوية في تحديد أفضل خيار لتغذية الرُضّع المولودين لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية. وينبغي مساعدة الأمهات اللاتي يجهلن ما إذا كن مصابات بفيروس

نقص المناعة البشرية أو غير مصابات به على إرضاع مواليدهن عملا بالتوصيات العامة بشأن تغذية الرُضّع وصغار الأطفال (انظر الملاحظات الإرشادية ٣-٥). وفيما يتعلق بالأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، يمكن لاستعمال العلاج المضاد للفيروسات الراجعة إلى جانب الرضاعة الطبيعية أن يقلل بشكل ملحوظ من انتقال الفيروس إلى الوليد بعد الوضع. وينبغي تعجيل الحصول على العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية من باب الأولوية (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار الصحة الجنسية والإنجابية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣١٣). وتزداد المخاطر الناجمة عن الأغذية البديلة التي يتعرض إليها الرُضّع في ظل حالات الطوارئ. ويعني ذلك أن الرضاعة الطبيعية توفر أكبر فرص نجاة للرُضّع المولودين لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، وكذلك نجاة الرُضّع المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك عندما لا يكون العلاج المضاد للفيروسات الراجعة متاحا. ويلزم توفير مساعدة غذائية صناعية عاجلة للمواليد الذين يتلقون التغذية البديلة أصلا (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).

٣- إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة

يؤدي سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة إلى ارتفاع احتمالات اعتلال الأفراد المنكوبين ووفاتهم. لذا يجب تأمين الحصول على خدمات تصحيح سوء التغذية والوقاية منها عند ارتفاع نسبة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة أو احتمال ارتفاعها. وإذا لم يجرِ التصدي لأسباب سوء التغذية الكامنة في الوقت نفسه عبر عمليات أخرى لدعم الصحة، والإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، وتوصيل المواد الغذائية وتحقيق الأمن الغذائي، لقلّ أثر هذه الخدمات بشكل ملموس.

ويمكن التصدي لسوء التغذية الحاد والمعتدل بعدة طرق. ففي حالات الكوارث، كثيرا ما تكون التغذية التكميلية الوسيلة الأولى للوقاية من سوء التغذية الحاد والمعتدل ومعالجته، والوقاية من سوء التغذية الحاد والشديد. ويمكن أن تشمل هذه التغذية السكان جميعا أو أن تستهدف فئات معينة منهم حسب مستويات سوء التغذية الحاد، ومجموعات السكان المستضعفين، واحتمالات ارتفاع سوء التغذية الحاد. إن مؤشرات معيار إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة رقم ١ تشير أولا إلى التغذية التكميلية المخصصة لفئات محددة. ولا توجد مؤشرات محددة فيما يتعلق بالتغذية التكميلية التي تشمل السكان جميعا. لذا يعتبر رصد التغطية والحصص الموزعة ومدى تقبلها، أمرا في غاية الأهمية.

ويجري التصدي لسوء التغذية الحاد والشديد عن طريق الرعاية العلاجية التي يمكن تقديمها عبر مجموعة من الأساليب. وينبغي أن تكون إدارة سوء التغذية الحاد في المجتمع المحلي الأسلوب المفضل حيثما سمحت الظروف بذلك. وينبغي أن تشكل التعبئة المجتمعية جزءا من البرامج التي تتصدى لسوء التغذية الحاد والشديد (بما في ذلك الاتصالات الفعالة، والكشف الفعال عن حالات سوء التغذية، والإحالة والمتابعة)، وعلاج المصابين بسوء التغذية الحاد والشديد دون مضاعفات طبية خارج المستشفيات، ومعالجة الذين يعانون من مضاعفات طبية أو صغار الأطفال داخل المستشفيات.



ويصعب تشخيص نقص المغذيات الدقيقة في ظروف عديدة. وإذا كانت الأعراض السريرية للنقص الحاد في المغذيات الدقيقة سهلة التشخيص، فأن العبء الأكبر على صحة السكان ونجاتهم قد يرجع إلى حالات نقص في المغذيات ليست لها أعراض سريرية. وإذا كان نقص المغذيات الدقيقة منتشرا بين السكان أصلا، فيمكن أن نتوقع تفاقم هذا النقص على أثر الكارثة. وينبغي معالجة هذا النقص عبر عمليات تشمل السكان إجمالا، والأفراد بشكل خاص.

معيار إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة رقم ١ : سوء التغذية الحاد والمعتدل

ينبغي التصدي لسوء التغذية الحاد والمعتدل

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- وضع استراتيجيات وأهداف ومعايير واضحة ومتفق عليها لمباشرة العمليات واختتامها منذ البداية (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- زيادة إمكانيات الاستفادة والتغطية إلى أقصى حد ممكن، عبر إشراك السكان منذ البداية (انظر الملاحظة الإرشادية ٢ والمعيار الأساسي ١ في الصفحة رقم ٥١).
- استناد قبول الأفراد في برامج التغذية والتصريح لهم بالمغادرة إلى التقديرات المجراة على أساس معايير مقاييس الجسم المقبولة وطنيا ودوليا (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤، والمرفق رقم ٤: قياس سوء التغذية الحاد، والمرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة).
- ربط مسألة إدارة سوء التغذية الحاد والمعتدل بإدارة سوء التغذية الحاد والشديد وخدمات الصحة القائمة حيثما أمكن (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٦).
- توفير حصص غذائية جافة أو جاهزة للاستعمال ما لم يكن هناك سبب واضح لتوفير المواد الغذائية في الموقع (انظر الملاحظة الإرشادية ٨).
- التحقيق في أسباب الانقطاع عن برامج التغذية وقصور الاستجابة واتخاذ تدابير بشأنها (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٦).
- التصدي لموضوع تغذية الرُضّع وصغار الأطفال مع التشديد بصفة خاصة على حماية الرضاعة الطبيعية ودعمها وتشجيعها (انظر الملاحظة الإرشادية ٧).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

تنطبق هذه المؤشرات في المقام الأول على الأطفال ما بين سن ٦ أشهر و٥٩ شهرا، علما بأن البرنامج يمكن أن يشمل فئات عمرية أخرى.

- ينبغي أن يتمكن ما يزيد على ٩٠٪ من السكان المستهدفين من الذهاب إلى مركز توزيع الحصص الجافة في إطار برامج التغذية التكميلية والعودة منه سيراً في أقل من يوم (بما في ذلك الوقت اللازم للعلاج)، وينبغي ألا تبعد هذه المراكز أكثر من ساعة سيراً فيما يتعلق ببرامج التغذية التكميلية في الموقع (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).

- ينبغي أن تزيد التغطية على ٥٠٪ في المناطق الريفية وتزيد على ٧٠٪ في المناطق الحضرية وأن تزيد على ٩٠٪ في المخيمات (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ينبغي ألا تتجاوز نسبة الوفيات بين الذين خرجوا من برامج التغذية التكميلية ٣٪، وينبغي أن تزيد نسبة الذين تعافوا على ٧٥٪، وأن تقل نسبة الذين انقطعوا عن البرنامج عن ١٥٪ (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

الملاحظات الإرشادية

١- ***إعداد البرنامج***: يجب أن يقوم إعداد البرنامج على فهم تشعبات الوضع في مجـال التغذية وعناصره المحركة. ويمكن أن تتخذ التغذية التكميلية شكل التغطية الشاملة أو المستهدَفة. وينبغي أن يقوم القرار المتعلق باختيار الشكل المناسب على مستويات سوء التغذية وعدد الحالات، واحتمال تسجيل زيادة في سوء التغذية الحاد، والقدرة على فحص هذه الحالات ومتابعتها بتطبيق معايير قياسات الجسم، والموارد المتاحة وإمكانية الوصول إلى السكان المنكوبين. وعادة ما تتطلب التغذية التكميلية التي تستهدف فئات محددة من السكان المزيد من الوقت والجهد لفحص الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية الحاد ومتابعتهم، ولكنها تتطلب موارد غذائية أقل. في حين أن نهج التغطية الشاملة يتطلب قدرا أقل من الخبرة ولكن المزيد من الموارد الغذائية. ومن شأن التعبئة المجتمعية الفعالة أن تساعد السكان على فهم البرامج وأن تسهم في تحقيق فاعليتها. ومن المهم ربط هذه البرامج بالرعاية العلاجية ونظم الصحة وشبكات فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والسل وبرامج الأمن الغذائي، بما في ذلك توصيل المواد الغذائية والتحويلات النقدية أو القسائم. وينبغي إشراك السكان المنكوبين من جراء الكارثة في قرار اختيار مواقع البرامج. وينبغي مراعاة السكان الضعفاء الذين قد يواجهون صعوبات في الوصول إلى المواقع، والتفكير في استراتيجيات اختتام البرامج أو خطط الدعم الطويل الأجل منذ البداية.

٢- ***التغطية***: تشير التغطية إلى عدد الأفراد الذين يحتاجون إلى العلاج مقابل عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج بالفعل. ويمكن أن تتأثر التغطية بإمكانيات الاستفادة من البرنامج، وموقع مراكز التوزيع وإمكانية الوصول إليها، والوضع الأمني، وتواتر عمليات التوزيع، وفترات الانتظار، وجودة الخدمات، ومدى التعبئة المجتمعية، ونطاق الزيارات إلى المنازل، والفحص، ومعايير قبول المرضى. وينبغي أن تكون مراكز التوزيع قريبة من السكان المستهدفين لتقليل المخاطر وتكاليف السفر لمسافات طويلة مع أطفال صغار، واحتمال نقل السكان إلى مناطق قريبة من هذه المراكز. وتختلف المناهج المتبعة لقياس التغطية من حيث إمكانية التعويل عليها ونوع المعلومات التي توفرها. وينبغي بيان النهج المتبع عند رفع التقارير، والرجوع إلى الإرشادات الحالية عند اختيار الأسلوب الأنسب في سياق ما. وينبغي اعتبار عملية تقدير التغطية أداة إدارية. لذا لا ينبغي ترك أمر استعمالها لنهاية مرحلة الدعم العاجل.



٣- ***معايير قبول المرضى***: يمكن للأفراد، غير الذين تنطبق عليهم معايير قياسات الجسم التي تحدد سوء التغذية الحاد، أن يستفيدوا بدورهم من التغذية التكميلية، ومنهم على سبيل المثال الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو السل الرئوي، أو الأشخاص الذين رُخص لهم بترك الرعاية العلاجية لتفادي الانتكاس، أو الأشخاص المصابون بأمراض مزمنة أخرى، أو الأشخاص ذوو

الإعاقة. ويتعين تكييف نظم المتابعة والإفادة إذا ما شمل البرنامج أفرادا لا تنطبق عليهم معايير قياسات الجسم.

٤- ***معايير التصريح للمرضى بالمغادرة***: ينبغي أن تلتزم هذه المعايير بالإرشادات الوطنية أو بالإرشادات الدولية حيثما لا توجد إرشادات وطنية. وينبغي الإشارة إليها عند الإفادة بمؤشرات الأداء (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).

٥- ***مؤشرات الأداء***: تتعلق هذه المؤشرات بالأفراد الذين صُرح لهم بالمغادرة والذين أنهوا علاجهم. ويشمل مجموع عدد الأفراد الذين صرح لهم بالمغادرة جميع الذين تعافوا، أو توفوا، أو انقطعوا عن البرنامج أو الذين لم يتعافوا. ولا يكون الأفراد الذين يحالون إلى خدمات إضافية (كخدمات الصحة) قد أنهوا علاجهم، وقد يعودون لاستئناف العلاج أو يعودون إليه لاحقا. ولا يكون الأشخاص الذين نقلوا إلى مواقع أخرى قد أنهوا علاجهم، ولا ينبغي بالتالي أن تشملهم مؤشرات الأداء. وفيما يلي المؤشرات المتعلقة بالأداء.

نسبة الأشخاص الذين صُرح لهم بالمغادرة والذين تعافوا =

$$\frac{\text{عدد الأفراد المتعافين}}{\text{مجموع عدد المصرح لهم بالمغادرة}} \times ١٠٠\%$$

نسبة الوفيات بين الذين صرح لهم بالمغادرة =

$$\frac{\text{عدد الوفيات في البرنامج}}{\text{مجموع عدد المصرح لهم بالمغادرة}} \times ١٠٠\%$$

نسبة الذين تركوا البرنامج من بين الذين صرح لهم بالمغادرة

$$\frac{\text{عدد الذين تركوا البرنامج}}{\text{مجموع عدد المصرح لهم بالمغادرة}} \times ١٠٠\%$$

نسبة عدد الذين صرح لهم بالمغادرة والذين لم يتعافوا

$$\frac{\text{عدد الأفراد الذين لم يتعافوا}}{\text{مجموع عدد المصرح لهم بالمغادرة}} \times ١٠٠\%$$

وينبغي الإفادة بالأفراد الذين قُبِلوا بعد التصريح لهم بترك الرعاية العلاجية، كفئة منفصلة من أجل تفادي تشويه نتائج التعافي. وينبغي أن تشمل تقارير البرنامج الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد نتيجة لإصابتهم بعجز أو بتشوهات الفم والفك أو مشكلات جراحية، الخ. وتشمل المجموعة الأساسية التي تشملها التقارير الأطفال ما بين سن ٦ أشهر و٥٩ شهرا. وإلى جانب المؤشرات المشار إليها أعلاه عند تحليل الأداء، ينبغي رصد مشاركة السكان ومدى قبولهم للبرنامج (يعد ترك البرنامج ومعدل تغطيته مؤشرين جيدين)، وكمية الغذاء الموزع وجودته، والتغطية، وأسباب الإحالة إلى برامج أخرى (وعلى الأخص الأطفال الذين يتدهور وضعهم الغذائي ليصل

إلى سوء التغذية الحاد والشديد) وعدد الأفراد المقبولين في البرنامج والذين يتلقون علاجا. كما ينبغي مراعاة العوامل الخارجية كأنماط الاعتلال، ومستويات نقص التغذية لدى السكان، ومستوى انعدام الأمن الغذائي في العائلات وبين السكان، والعمليات التكميلية المتاحة للسكان (بما في ذلك التوزيع العام للأغذية أو برامج مشابهة)، وقدرة النظم القائمة على تقديم الخدمات. وينبغي التحقيق بانتظام في أسباب ترك المرضى للبرنامج والفشل في الاستجابة للعلاج بصورة ملائمة.

٦- ***المدخلات والاعتبارات الصحية:*** تمثل برامج التغذية التكميلية التي تستهدف فئات معينة نقطة انطلاق مهمة للكشف عن الأمراض وإحالة المرضى إلى الخدمات المختصة. وينبغي أن تراعي البرامج قدرات خدمات الصحة القائمة وأن تضمن توفير أدوية مكافحة الدودة المعوية، وجرعات فيتامين A والحديد وحامض الفوليك إلى جانب الكشف عن الملاريا ومعالجته، وتوفير الزنك لمعالجة الإسهال، والتطعيم (انظر معيار خدمات الصحة الأساسية – مكافحة الأمراض المعدية رقم ٢ في الصفحة رقم ٢٩٩، ومعياري صحة الطفل رقمي ١ و٢ في الصفحات ٣٠٦-٣٠٨). وفي المناطق التي يرتفع فيها انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، ينبغي توفير اختبارات الكشف عن الفيروس والعلاج الوقائي، وإيلاء اعتبار خاص لنوعية حصص الغذاء التكميلي وكميتها.

٧- ***الأمهات المرضعات:*** ينبغي قبول الأمهات المرضعات اللاتي يعاني مولودهن دون سن ٦ أشهر من سوء التغذية الحاد، في برامج التغذية التكميلية، بصرف النظر عن حالتهن الغذائية. ويمكن للأمهات اللاتي يعانين من سوء تغذية معتدل أن يرضعن وليدهن، ويلزم تزويدهن بدعم غذائي مناسب لحماية حالتهن الغذائية. وينبغي أن تحصل الأمهات على حصص غذائية تكميلية، ودعم متخصص في مجـال الرضاعة الطبيعية لتشجيعهن على الاقتصار على الرضاعة الطبيعية وتزويدهن بالمشورة عن التغذية التكميلية السليمة والمغذية التي تستجيب للاحتياجات. وينبغي إحالة الأطفال دون سن ٦ أشهر الذين يعانون من سوء التغذية الحاد إلى خدمات الرعاية الداخلية والدعم التخصصي في مجـال الرضاعة الطبيعية حسب الحاجة.

٨- ***الحصص***: تُفضل الحصص الجافة أو الأغذية الجاهزة للاستعمال التي توزع مرة أو مرتين في الأسبوع على التغذية في الموقع. غير أن مكونات هذه الحصص وحجمها يجب أن يراعي الأمن الغذائي للعائلة وإمكانيات تقاسم الغذاء. وينبغي توفير معلومات واضحة عن طريقة تحضير الأغذية الإضافية وحفظها مع احترام قواعد النظافة، وطريقة استهلاكها، ومتى ينبغي استهلاكها (انظر معيار الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية رقم ٦ والملاحظة الإرشادية ١ في الصفحة رقم ١٩١)، وأهمية مواصلة الرضاعة الطبيعية بالنسبة إلى الأطفال دون سن ٢٤ شهراً. وقد يلزم تكييف البرامج لتلبية الاحتياجات الخاصة للسكان المستضعفين، كالذين يواجهون صعوبات في التنقل.



معيار إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة رقم ٢ : سوء التغذية الحاد والشديد

التصدي لسوء التغذية الحاد والشديد

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن توضع، منذ البداية، معايير واضحة ومتفق عليها فيما يتعلق بتنظيم الخدمات أو زيادة دعم الخدمات القائمة، وتقليلها بالتدريج واختتامها (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي تنظيم عمليات تشمل رعاية المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين، ومكونات الإحالة، وتعبئة السكان لإدارة سوء التغذية الحاد والشديد (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ينبغي، منذ البداية، زيادة إمكانيات حصول السكان على الخدمات وتغطيتهم إلى أقصى حد ممكن عن طريق إشراكهم فيها (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣ والمعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١).
- ينبغي توفير الرعاية الغذائية والطبية وفقا للإرشادات المعترف بها وطنيا ودوليا في مجـال إدارة سوء التغذية الحاد والشديد (انظر الملاحظات الإرشادية ٤-٨).
- ينبغي التأكد من أن تضم معايير الترخيص بترك البرنامج مؤشرات قياسات الجسم والمؤشرات التي لا ترتبط بقياسات الجسم (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).
- ينبغي التحقيق في أسباب ترك البرنامج وعدم الاستجابة له أو زيادة عدد الوفيات، والتصدي لها (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٦ و٧).
- التصدي لمسألة تغذية الرُضّع وصغار الأطفال مع التشديد بصفة خاصة على حماية الرضاعة الطبيعية ودعمها وتشجيعها (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٩ و١٠).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

تنطبق هذه المؤشرات أساسا على الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهرا، علما بأن البرنامج يمكن أن يضم فئات أخرى.

- ينبغي أن يتمكن ما يزيد على ٩٠٪ من السكان المستهدفين من الذهاب إلى موقع البرنامج والعودة منه سيراً في أقل من يوم (بما في ذلك الوقت المخصص للعلاج).
- ينبغي أن تزيد تغطية البرنامج على ٥٠٪ في المناطق الريفية وأن تزيد على ٧٠٪ في المناطق الحضرية وعلى ٩٠٪ في المخيمات (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- لا ينبغي أن تتجاوز نسبة الوفيات بين الذين خرجوا من الرعاية العلاجية نسبة ١٠٪، وينبغي أن تزيد نسبة الذين تعافوا على ٧٥٪، وأن لا تزيد نسبة الذين انقطعوا عن البرنامج على ١٥٪ (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).

الملاحظات الإرشادية

١- ***تصميم البرنامج***: ينبغي تصميم البرنامج بحيث يعزز قدرة النظام الصحي القائم ويدعمه حيثما أمكن. وينبغي تحديد مستوى الدعم الإضافي اللازم لضمان الإدارة الفعالة لسوء التغذية الحاد والشديد استنادا إلى القدرات المتاحة في المرافق الصحية وعلى المستوى المجتمعي، وعدد الأفراد المنكوبين بالكارثة وتوزيعهم الجغرافي، والوضع الأمني. وينبغي أن تضم البرامج، منذ البداية، استراتيجيات لاختتامها، أو خططا لتقديم الدعم في الأجل الطويل بعد انتهاء حالة الطوارئ. وينبغي أن تراعي معايير اختتام البرامج أو انتقالها إلى مراحل أخرى، القدرات والفرص القائمة بغية دمجها في النُظم القائمة.

٢- ***مكونات البرنامج***: ينبغي أن تشمل البرامج التي تتصدى لإدارة سوء التغذية الحاد والشديد الرعاية السريرية للأفراد الذين يعانون من مضاعفات طبية وكل الرُضّع دون سن ٦ أشهر الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، والرعاية الخارجية اللامركزية للأطفال الذين لا يعانون من مضاعفات طبية. ويمكن توفير الرعاية الداخلية عبر التنفيذ المباشر للبرنامج أو الإحالة إلى الخدمات المختصة. كما ينبغي ربط البرامج بخدمات أخرى تتصدى للأسباب المباشرة والكامنة لنقص التغذية، كالتغذية التكميلية، وشبكات المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والسل الرئوي، وخدمات الصحة الأساسية، وبرامج الأمن الغذائي، بما فيها برامج توصيل المواد الغذائية والتحويلات النقدية أو القسائم. ومن شأن التعبئة المجتمعية الفعالة أن تساعد على تقبل البرنامج والاستفادة منه وتغطيته. وينبغي أن تكون مواقع البرامج المخصصة للمرضى الخارجيين قريبة من السكان المستهدفين لتقليل المخاطر والتكاليف المرتبطة بقطع مسافات كبيرة برفقة صغار الأطفال، واحتمال نقل السكان إليها.

٣- ***التغطية***: يمكن أن تتأثر التغطية، كما هو الحال فيما يتعلق بسوء التغذية الحاد والمعتدل، بمدى تقبل السكان للبرنامج، وموقع مراكز التوزيع وإمكانية الوصول إليها، والوضع الأمني العام، وتواتر عمليات التوزيع، وفترات الانتظار، وجودة الخدمات، ومدى التعبئة، ونطاق الزيارات إلى المنازل، والفحص ومعايير قبول المرضى. وتختلف الأساليب المتبعة لقياس التغطية من حيث إمكانية التعويل عليها ونوع المعلومات التي توفرها. وينبغي بيان النهج المتبع عند رفع التقارير. وينبغي الرجوع إلى الإرشادات الحالية عند اختيار الأسلوب الأنسب في سياق ما. (انظر معيار إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٢ في الصفحة رقم ١٥٩).



٤- ***الإرشادات***: في حال وجود إرشادات وطنية، ينبغي الالتزام بها. وفي حال عدم وجود إرشادات وطنية، أو إذا لم ترقى إلى مستوى المعايير الدولية، ينبغي اعتماد إرشادات دولية. ويمكن الإطلاع على إرشادات مقبولة دوليا في جزء المراجع والمزيد من المطالعات.

٥- ***معايير القبول***: ينبغي أن تكون متماشية مع التوجيهات الوطنية والدولية (انظر المرفق رقم ٤: قياس سوء التغذية الحاد، والمراجع والمطالعات الإضافية). ينبغي أن تضم معايير قبول الرُضّع دون سن ٦ أشهر والمجموعات التي يصعب تحديد حال قياسات جسمها، الحالة السريرية والرضاعة الطبيعية. وينبغي أن تتاح للأفراد الذين يجري قبولهم في برامج الرعاية العلاجية والذين يُجرى لهم اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية، أو الذين يحتمل أن يكونوا مصابين به، نفس فرص الحصول على الرعاية إذا وفوا بمعايير القبول. وينطبق الشيء ذاته على حالات السّل. وكثيرا

ما يحتاج المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والسّل الذين لا يفون بمعايير القبول في برنامج التغذية إلى مساعدة غذائية، إلا أن برامج معالجة سوء التغذية الحاد في حالات الكوارث ليست أفضل حل لهم. وينبغي مساعدة هؤلاء الأفراد وأسرهم عن طريق مجموعة من الخدمات بما فيها، توفير الرعاية في المنزل على مستوى المجتمعات المحلية، وفي مراكز معالجة السّل، وبرامج الوقاية التي تتناول مسألة انتقال المرض من الأم إلى طفلها.

٦- ***معايير الترخيص بالمغادرة والتعافي***: يجب ألا يعاني الأفراد الذين رُخص لهم بالمغادرة، من أي تعقيدات طبية وأن يكونوا قد استرجعوا شهيتهم وحققوا واحتفظوا بزيادة مناسبةٍ في وزنهم دون الإصابة بتورم ناجم عن نقص البروتين في الطعام (بعد وزنهم مرتين متتاليتين مثلا). وتكتسي حالة الرضاعة الطبيعية أهمية خاصة بالنسبة إلى الرُضّع دون سن ٦ أشهر والأطفال حتى سن ٢٤ شهرا. ويلزم متابعة الرُضّع الذين لا يُرضعون، عن كثب. وينبغي الالتزام بمعايير الترخيص بوقف العلاج لتفادي المخاطر الناجمة عن الترخيص بوقف العلاج قبل الأوان. كما تضع الإرشادات حدود متوسط المدة التي ينبغي أن يواصل المرضى خلالها برامج العلاج بالتغذية لتفادي فترات النقاهة المطولة. ويمكن أن يختلف متوسط فترات تطبيق برنامج التغذية وفقا للإرشادات المعمول بها، وينبغي بالتالي تكييفها مع السياق الوطني والإرشادات المستعملة. وينبغي حساب متوسط الزيادة في الوزن بشكل منفصل بالنسبة إلى الأفراد المصابين بالانتفاخ الناجم عن نقص البروتين في الطعام أو غير المصابين به. وقد لا يتعافى بعض الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية نتيجة لإصابتهم بمرض نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل الرئوي. وينبغي في هذه الحالات التفكير في خيارات أطول أجلاً لمعالجتهم أو رعايتهم، بالتعاون مع خدمات الصحة وغيرها من خدمات المساعدة الاجتماعية (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار الصحة الجنسية والإنجابية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣١٤).

٧- ***مؤشرات الأداء:*** ينبغي أن تراعي مؤشرات الأداء المتعلقة بإدارة سوء التغذية الحاد نتائج رعاية المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين دون حساب عدد الفئتين معا (أي باستثناء التحويلات بين الفئتين). وإذا تعذر تحقيق ذلك، وجب تكييف عملية تفسير معدلات النتائج وفقا لذلك. فمثلا، يمكن أن تتوقع البرامج مؤشرات أفضل فيما يتعلق بالمرضى الخارجيين فقط، وينبغي أن تسعى، مع المرضى الداخليين، إلى تحقيق المؤشرات التي تحققها مع مجموعتي المرضى الداخليين والخارجيين. ويشمل الأشخاص الذين خرجوا من برنامج سوء التغذية الحاد والشديد، أولئك الذين تعافوا والأشخاص الذين وافتهم المنية، والذين انقطعوا عن البرنامج أو الذين لم يتعافوا (انظر معيار إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٤ في الصفحة رقم ١٦٠). أما الأشخاص الذين أحيلوا إلى خدمات أخرى (كالخدمات الطبية)، فلم ينهوا علاجهم. وعندما تتناول البرامج علاج المرضى الخارجيين فقط، يجب الإبلاغ بتحويلهم إلى الرعاية الداخلية عند تقدير الأداء. ومن شأن بعض العوامل، كالتعقيدات السريرية الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية، أن تؤثر في معدل الوفيات عندما تكون نسبة من المرضى المقبولين حاملة للفيروس. وعلى الرغم من أن مؤشرات الأداء لم تكيف مع هذه الحالات، فإن مراعاتها يعد أساسيا في تفسير النتائج. وإلى جانب مؤشرات التصريح بالمغادرة، ينبغي تقدير عدد المقبولين الجدد، وعدد الأطفال الخاضعين للعلاج، ومعدلات التغطية عند رصد الأداء. كما ينبغي التحقيق في أسباب قبول المرضى مجددا، وتدهور حالتهم السريرية، وتركهم البرنامج، وعدم استجابتهم له، وتوثيق ذلك بشكل مستمر. وينبغي تكييف تعريف هذه العوامل مع الإرشادات المستعملة.

٨- ***مدخلات الصحة:*** ينبغي أن تتضمن كل برامج إدارة سوء التغذية الحاد والشديد علاجات منهجية وفقا للتوجيهات الوطنية أو الدولية، ونظم الإحالة القائمة لإدارة الأمراض الكامنة، كالسل الرئوي وفيروس نقص المناعة البشرية. وفي المناطق التي تسجل مستويات مرتفعة من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، ينبغي لاستراتيجيات معالجة سوء التغذية أن تسعى إلى الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية ودعم مبادرات نجاة الأم والطفل. وتعتبر نظمٍ الإحالة الفعالة لاختبار الإصابة بالسل وفيروس نقص المناعة البشرية ورعاية المصابين بهما، أساسية.

٩- ***دعم الرضاعة الطبيعية:*** عادة ما تكون حالة الرُضّع الذين يُقبلون في خدمات الرعاية الداخلية من أكثر الحالات سوءاً. وتحتاج الأمهات إلى دعم متخصص في مجـال الرضاعة الطبيعية في إطار إعادة التأهيل الغذائي والشفاء، وعلى الأخص فيما يتعلق بالأطفال دون سن ٦ أشهر. وينبغي تخصيص ما يكفي من الوقت والموارد لتحقيق ذلك. ومن شأن توفير مكان مخصص لذلك (ركن للرضاعة)، والبحث عن دعم متخصص، وفسح مجـال المساعدة المتبادلة بين الأمهات، أن يمثل عنصرا مساعداً. وينبغي أن تحصل الأمهات اللاتي يرضعن وِلدان دون سن ٦ أشهر يعانون من سوء التغذية الحاد، على حصة غذائية إضافية بصرف النظر عن حالتهن الغذائية. ولكن، إذا انطبقت عليهن معايير قياسات الجسم الخاصة بسوء التغذية الحاد والشديد، وجب قبولهن أيضا في برنامج العلاج.

١٠- ***الدعم الاجتماعي والنفسي:*** يعتبر التحفيز الشعوري والبدني للطفل عن طريق اللعب في غاية الأهمية بالنسبة إلى الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد وفي مرحلة إعادة تأهيلهم. وكثيرا ما يحتاج القائمون برعاية الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد إلى دعم اجتماعي ونفسي لحملهم على جلب أطفالهم للعلاج. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق برامج تركز على عنصري الحفز والتفاعل لمعالجة العجز والمشاكل الإدراكية المقبلة والوقاية منها (انظر مبدأ الحماية رقم ٤ في الصفحة رقم ٣٨). وينبغي تمكين جميع القائمين على رعاية الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، من تغذيتهم ورعايتهم خلال العلاج، عن طريق تزويدهم بالمشورة والعروض والمعلومات الصحية والغذائية اللازمة.



معيار إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة رقم ٣ : نقص المغذيات الدقيقة

إن برامج توفير المغذيات الدقيقة تعزز الصحة العامة وترافق برامج التغذية الأخرى الرامية إلى الحد من الأمراض الشائعة الناجمة عن حالات الطوارئ، وتتصدى لظاهرة نقص المغذيات الدقيقة.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تدريب أفراد الصحة على أسلوب تشخيص نقص المغذيات الدقيقة ومعالجته (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- وضع إجراءات للاستجابة بصورة فعالة لمختلف أشكال نقص المغذيات الدقيقة التي قد يتعرض إليها السكان (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي معالجة حالات نقص المغذيات الدقيقة وفقا لأفضل الممارسات السريرية المعمول بها حاليا (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ينبغي تنفيذ برامج توفير المغذيات الدقيقة إلى جانب برامج الصحة العامة، وذلك لتقليل الأمراض التي يشيع انتشارها في حالات الطوارئ، كالحصبة (فيتامين A) والإسهال (الزنك) (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤).

الملاحظات الإرشادية

١- ***تشخيص نقص المغذيات الدقيقة سريريا ومعالجتها:*** يمكن تشخيص بعضاً من حالات نقص المغذيات الدقيقة سريريا عن طريق الفحص البسيط. ويمكن ضم المؤشرات السريرية الخاصة بحالات النقص المذكورة إلى نظم الصحة أو مراقبة الحالة الغذائية، علما بأنه يلزم تدريب أفراد الصحة بشكل ملائم لضمان دقة التقديرات. ويطرح تشخيص هذه الحالات مشكلات، ولا يمكن تشخيصها في حالات الطوارئ إلا عبر تقديم الأفراد أنفسهم لأفراد الصحة. وينبغي أن تشمل معالجة حالات نقص المغذيات الدقيقة تشخيص الحالات واستعمال التعريفات والإرشادات المتفق عليها فيما يتعلق بالعلاج. وينبغي تشخيص الحالات ومعالجتها في إطار برامج التغذية (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٦ في الصفحة رقم ١٤٩). وعندما يتجاوز انتشار حالات نقص المغذيات الدقيقة الحدود الدنيا للصحة العامة (انظر المرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة)، قد يكون من المناسب معالجة السكان كلهم بالمكملات الغذائية. وتمثل أمراض الإسقربوط (فيتامين-C)، والحصاف (النياسين)، والبري بري (الثيامين)، والاريبوفلافينوسيس (الريبوفلافين) أكثر أنواع الأوبئة انتشاراً، وسببها عدم

حصول السكان الذين يعتمدون على المعونة الغذائية على كميات كافية من المغذيات الدقيقة. وفي ضوء ذلك، ينبغي التصدي لنقص المغذيات الدقيقة بتنظيم عمليات تشمل السكان كلهم إلى جانب توفير العلاج الفردي.

٢- ***تشخيص ومعالجة حالات نقص المغذيات الدقيقة التي لم تظهر أعراضها بعد:*** يمكن لحالات نقص المغذيات الدقيقة التي لم تظهر أعراضها بعد أن تنطوي على نتائج صحية سيئة. غير أنه لا يمكن تشخيصها مباشرة دون إجراء اختبار بيولوجي وكيميائي، باستثناء الأنيميا التي يوجد اختبار بيوكيميائي للكشف عنها، يمكن إجراؤه بسهولة نسبية في الميدان (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٦ في الصفحة رقم ١٤٩، والمرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة). ويمكن استعمال مؤشرات غير مباشرة لتقدير خطر نقص المغذيات الدقيقة بين السكان المنكوبين، وتحديد متى قد يلزم تحسين الحصيلة الغذائية أو استعمال مكملات غذائية (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٦ في الصفحة رقم ١٤٩، والمرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة).

٣- ***الوقاية:*** يرد في قسم الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية وصف موجز لاستراتيجيات الوقاية من نقص المغذيات الدقيقة (انظر معيار الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية رقم ١ في الصفحة رقم ١٧٣). كما تتطلب الوقاية مكافحة أمراض مثل الالتهابات التنفسية الحادة، والحصبة والعدوى بالطفيليات مثل الملاريا والإسهال التي تستنفد مخزون المغذيات الدقيقة (انظر خدمات الصحة الأساسية – معياري صحة الطفل رقم ١ و٢ في الصفحات ٣٠٦-٣٠٨). ويتضمن الاستعداد للعلاج وضع تعاريف للحالات وإرشادات للعلاج ونظم للتشخيص الفعال لحالات نقص المغذيات الدقيقة.

٤- ***استعمال المغذيات الدقيقة في علاج الأمراض الشائعة:*** ينبغي أن تضم برامج الوقاية من بعض الأمراض ومعالجتها عنصر توفير المكملات الغذائية. وتشمل هذه المكملات فيتامين A إلى جانب التطعيم ضد الحصبة، وإضافة الزنك إلى أملاح الإماهة الفموية في إرشادات معالجة الإسهال (انظر خدمات الصحة الأساسية – معياري صحة الطفل رقم ١ و٢ في الصفحات ٣٠٦-٣٠٨، ومعيار تغذية الرُضّع وصغار الأطفال رقم ٢ في الصفحة ١٥٣).



٤- الأمن الغذائي

إن الغرض من عمليات تحقيق الأمن الغذائي هو تلبية الحاجات في الأجل القصير، وتفادي «الأذى»، والحد من اضطرار السكان المنكوبين إلى تبني أساليب ضارة لمواجهة الأزمات، والمساهمة في استرجاع الأمن الغذائي في الأجل الطويل.

تُدرس فائدة خيارات الاستجابة وإمكانية تحقيقها، عبر تقدير دقيق للوضع (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١ في الصفحة رقم ١٤٤). وتوصف عمليات تحقيق الأمن الغذائي في هذا الجزء في صورة معايير تشمل تحقيق الأمن الغذائي العام، وتوصيل المواد الغذائية، والتحويلات النقدية والقسائم، وسبل المعيشة.

وإذا لزم توفير المواد الغذائية، وجب التفكير في الشكل المناسب لتوصيلها، واختيار السلة الغذائية بعناية، سواء تعلق الأمر بالمعونة العينية أو بتحويل القسائم. وتشمل عمليات تأمين المعيشة: الإنتاج الأولي، والدخل والعمالة، والحصول على سلع وخدمات السوق.

ويمكن استعمال وسيلة التحويلات النقدية والقسائم فيما يتعلق بمجموعة من السلع أو الخدمات في مجـال تحقيق الأمن الغذائي، وكذلك في قطاعات أخرى. ويعتبر فهم إمكانيات السوق والطريقة المناسبة لتسليم البضاعة أمرا أساسيا في تخطيط عمليات تحقيق الأمن الغذائي.

وتتناول معايير الأمن الغذائي الموارد اللازمة لتلبية المتطلبات الغذائية للسكان عموما والسكان الضعفاء المعرضين لخطر غذائي متزايد بشكل خاص. ولن يكون لأي عملية ترمي إلى معالجة سوء التغذية سوى أثرٍ محدودٍ ما لم تُلبى هذه الحاجات أولاً، حيث أن الناس الذين تعافوا من سوء التغذية يعودون إلى سياق لا يحصلون فيه على كمية مناسبة من المواد الغذائية، مما يؤدي إلى تدهور حالتهم الغذائية من جديد.

ومن شأن تطبيق مناهج استهداف المستفيدين وتسليم المعونة الغذائية وتوزيعها أن يسهم في تقليل أخطاء تغطية بعض فئات السكان واستبعاد بعضها الآخر. ويشمل ذلك خطر سرقة جماعات المقاتلين للمعونة الغذائية أو النقدية وغيرها من أنواع المعونة. ومن المهم تفادي استعمال عمليات تحقيق الأمن الغذائي لأغراض من شأنها أن تؤدي إلى تفاقم النزاعات.

معيار الأمن الغذائي رقم١ : الأمن الغذائي العام

للناس الحق في الحصول على معونة غذائية تضمن بقاءهم على قيد الحياة، وتحفظ كرامتهم وتحول دون نضوب موجوداتهم، وتعزز ثباتهم.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تخطيط عمليات الاستجابة الأولية لتلبية الحاجات الفورية (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- التفكير في اتخاذ تدابير لدعم الأمن الغذائي وحمايته والنهوض به (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- تخطيط العمليات استنادا إلى تحليل رشيد، وإلى فوائدها والمخاطر المرتبطة بها وتكاليفها وأساليب مواجهة الناس للأزمات (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- رسم استراتيجيات خاصة بالمراحل الانتقالية والختامية لكل عمليات الاستجابة للكوارث، ونشرها وتطبيقها حسب الحاجة (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- ضمان حصول المستفيدين على الدعم المناسب، فضلا عن توفير المعارف والمهارات والخدمات اللازمة (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- حماية البيئة الطبيعية وصونها من أي تدهور إضافي في كل عمليات الاستجابة (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).
- متابعة مختلف الجماعات والأفراد لتحديد مدى قبولهم للمعونة، ومدى حصولهم عليها، وضمان تغطية السكان المنكوبين جميعا دون تمييز (انظر الملاحظة الإرشادية ٧).
- متابعة وقع عمليات الإغاثة على الاقتصاد المحلي والشبكات الاجتماعية والمعيشة والبيئة، وضمان تقاسم الاستنتاجات واستعمالها بشكل فعال للتأثير في العمليات المقبلة (انظر الملاحظة الإرشادية ٨).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يحصل كافة المتضررين من الكارثة ممن هم بحاجة إلى عمليات تحقيق الأمن الغذائي، على المساعدة التي تلبي حاجاتهم الأولية وتحول دون نضوب موجوداتهم، وتتيح لهم إمكانية الاختيار، وتحفظ كرامتهم.
- ينبغي تفادي لجوء العائلات إلى أساليب سلبية لمواجهة الأزمات (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ينبغي أن يستند اختيار النقود أو القسائم أو خليط من الاثنين إلى تقدير وتحليل متعمقين (انظر الأمن الغذائي – معيار التحويلات النقدية والقسائم رقم ١ في الصفحة رقم ١٩٣).

الملاحظات الإرشادية

١- ***إعطاء الأولوية لإنقاذ حياة الناس***: يمثل توزيع المواد الغذائية أو النقود أو القسائم أو تشكيلة من هذه العناصر، أكثر أنواع الاستجابة لانعدام الأمن الغذائي الحاد شيوعاً. وينبغي التفكير أيضا في أشكال أخرى من الاستجابة مثل الإعانات الغذائية، والإعفاء المؤقت من الرسوم، وبرامج الاستخدام، والدعم الإنتاجي لسبل المعيشة، وتصفية الماشية، وتوفير العلف، ودعم الأسواق. وعندما تكون الأسواق قائمة ويسهل الوصول إليها، ولم يسجل احتمال كبير بحدوث تضخم، فقد يستحسن إعطاء الأولوية لإعادة التموين الاعتيادي للأسواق وإنعاش الأنشطة الاقتصادية التي تخلق فرص العمل (انظر الجزء الخاص بالأسواق وعمليات تحقيق الأمن الغذائي في المراجع والمزيد من المطالعات). ويمكن أن تكون مثل هذه الاستراتيجيات أنسب من توزيع المواد الغذائية، حيث أنها تصون كرامة الناس وتدعم سبل عيشهم وتقلل بالتالي من احتمال تأثرهم في المستقبل. وعلى الوكالات المعنية مسؤولية مراعاة ما تفعله الوكالات الأخرى لضمان توفيرها لمساهمات وخدمات متكاملة في ظل استجابتها المشتركة.

٢- ***دعم الأمن الغذائي وحمايته وتعزيزه***: يمكن أن تتضمن تدابير تعزيز الأمن الغذائي مجموعة واسعة من أشكال الاستجابة وأنشطة المناصرة. وإذا كانت تلبية الحاجات الفورية وصون الممتلكات الإنتاجية هي الأولوية خلال المراحل الأولى من الكارثة، فأن تخطيط الاستجابة ينبغي أن يجري من منطلق أطول أجلا وأن يرتبط بعمليات الاستجابة التي تنظمها القطاعات الأخرى. وقد يتعذر، في الأجل القصير، تحقيق الأمن الغذائي انطلاقا من الاستراتيجيات المعيشية للسكان أنفسهم. ولكن، يُنصح بدعم الاستراتيجيات القائمة التي تسهم في تحقيق الأمن الغذائي وحفظ الكرامة. وينبغي أن تحول عمليات تحقيق الأمن الغذائي دون استمرار نضوب الممتلكات، بل أن تسعى إلى استرجاع الممتلكات المفقودة من جراء الكارثة، وتزيد من قدرة السكان على الثبات في وجه الكوارث المقبلة.

٣- ***المخاطر التي تنطوي عليها أساليب مواجهة الناس للأزمات***: ينبغي دعم أساليب مواجهة الناس للأزمات التي تسهم في تحقيق الأمن الغذائي وحفظ الكرامة. غير أن هذه الأساليب قد تنطوي على تكاليف أو مخاطر من شأنها أن تزيد من درجة تأثر الناس (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١ في الصفحة رقم ١٤٤). لا بد من الاعتراف بهذه المخاطر بأسرع ما يمكن، وتنظيم عمليات على وجه السرعة لمساعدة السكان على تفادي اللجوء إلى مثل هذه الأساليب في مواجهة الأزمات. فيمكن مثلا، عبر توزيع الحطب و/أو مواقد لا تستهلك الكثير من الوقود، تفادي الإفراط في استغلال الموارد الطبيعية والانتقال إلى مناطق غير آمنة لجمعه. ويمكن أن يسهم توزيع مُنح نقدية في تفادي بيع الممتلكات والأراضي بدافع الحاجة (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١).

٤- ***الاستراتيجيات الانتقالية والختامية***: يجب التفكير في تطبيق هذه الاستراتيجيات اعتبارا من بداية البرنامج، لا سيما في الحالات التي يمكن أن تنطوي فيها عملية الاستجابة للكارثة على تبعات طويلة الأجل، كتوفير خدمات مجاناً كان السكان يدفعون ثمناً مقابلها في الأحوال العادية، مثل الخدمات البيطرية، الأمر الذي قد يزيد من صعوبة العودة إلى دفع مبلغ لقاء الخدمات. وينبغي، قبل اختتام البرنامج أو الانتقال إلى مرحلة جديدة، التأكد من أن الوضع قد تحّسن، أو أن جهات أخرى تحتل مكانة أفضل، أقدر على تحمل مسؤولية المعونة. وقد يعني ذلك، فيما يتعلق بتوفير المواد الغذائية

والتحويلات النقدية والقسائم، العمل مع نظم الحماية أو شبكات الأمان الاجتماعية الطويلة الأجل أو دعوة الحكومات والمانحين إلى وضع نظم تتصدى لمشكلة انعدام الأمن الغذائي المزمن.

٥- ***الحصول على المعرفة والخدمات واكتساب المهارات***: ينبغي وضع هياكل تنظيمية وتخطيطها بالتشاور مع المستفيدين منها بحيث تناسبهم وتصان بشكل جيد حيثما أمكن بعد انتهاء المشروع. ولبعض الفئات احتياجات محددة للغاية، كالأطفال الذين تيتموا بسبب الإيدز، والذين قد يفتقرون إلى المعلومات والمهارات التي تُكتسب عادة في ظل الأسرة، وهي خدمات يمكن أن توفرها الخدمات المناسبة.

٦- ***الوقع البيئي***: ينبغي صون قاعدة الموارد الطبيعية اللازمة لتأمين مقومات الإنتاج للسكان المنكوبين (والمضيفين) ومعيشتهم بقدر المستطاع. وينبغي مراعاة وقع البرنامج على البيئة عند إجراء التقديرات وتخطيط الاستجابة للكارثة. فمثلا، يحتاج الناس الذين يعيشون في مخيمات إلى الوقود للطهي مما قد يؤدي إلى تسارع اختفاء الغابات المحلية. كما أن توزيع مواد غذائية يتطلب طهيها الكثير من الوقت، يستلزم مزيدا من الوقود، مما يمكن أن يؤثر أيضا في البيئة (انظر معيار الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية رقم ٢ في الصفحة رقم ١٧٧) ويمكن أن تساعد عمليات الإغاثة أيضا على حماية البيئة من التدهور. فتؤدي برامج تصفية الماشية مثلا إلى تقليل الضغط الذي يفرضه رعي الماشية على المراعي خلال فترة الجفاف مثلاَ، مما يترك المزيد من العلف للماشية التي لم تنفق. وينبغي أن تعزز عمليات الاستجابة للكوارث، حيثما أمكن، قدرة الناس على إدارة الموارد الطبيعية. وينبغي دراسة ما يمكن أن تسببه الاستجابة للكارثة من توتر حول الموارد الطبيعية أو تأجيجه، ومن ثم إضرام النزاعات، والسعي إلى تقليل مثل هذا الاحتمال (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١).

٧- ***التغطية والانتفاع والقبول***: ينبغي تقدير عدد المستفيدين من المعونة وخصائصهم، وتصنيف عددهم حسب الجنس والسن قبل تحديد مستوى مشاركة مختلف فئات السكان في البرنامج (مع إيلاء اهتمام خاص للسكان المستضعفين). وتعتمد مساهمة السكان على سهولة مشاركتهم في الأنشطة وقبولهم لها. وبالرغم من أن بعض عمليات تحقيق الأمن الغذائي تستهدف الناشطين اقتصادياً، فينبغي أن تبتعد عن التمييز غير العادل، وتسعى إلى استفادة فئات المستضعفين منها، فضلا عن حماية المُعالين، بمن فيهم الأطفال. وقد تؤدي مختلف القيود، بما فيها تضاؤل القدرة على العمل، وعبء العمل المنزلي، والحمل، وتغذية الأطفال ورعايتهم، والمرض والعجز، إلى تقليل المشاركة. ولتجاوز هذه القيود، يمكن تنظيم أنشطة تستطيع هذه الفئات الاضطلاع بها، أو وضع هياكل داعمة مناسبة لمساعدتها. وينبغي وضع آليات لتشخيص الفئات المستفيدة تستند إلى الانتقاء الذاتي بالتشاور الكامل مع كل شرائح المجتمع المحلي (انظر مبدأ الحماية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٥)



٨- ***الرصد والتقييم***: من المهم رصد حالة الأمن الغذائي الأوسع نطاقا إذا ما أريد تقدير مدى استمرار فائدة الاستجابة، وتحديد متى ينبغي الشروع في إنهاء بعض الأنشطة بالتدريج، أو إدخال تعديلات عليها، أو اعتماد مشاريع جديدة حسب الحاجة، فضلا عن تحديد الحاجات المحتملة في مجـال مناصرة القضايا الإنسانية. وينبغي أن يستند التقييم إلى المعايير المعتمدة للجنة المساعدة الإنمائية المسجلة لدى منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، التي تقيس الآتي: فائدة الاستجابة وترابطها وانسجامها وتغطيتها وفاعليتها وتأثيرها ووقعها.

٤-١- الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية

إن الغرض من توصيل المواد الغذائية هو ضمان حصول الناس على المواد الغذائية بصورة آمنة وبكميات وجودة مناسبة، وحصولهم على لوازم تحضيرها واستهلاكها بشكل مأمون.

وتُنظم عمليات التوزيع العام (المجاني) للمواد الغذائية عندما تفيد التقديرات بضرورة توفيرها، وتوّزع على مَن هم في أمس الحاجة إليها، وتنقطع عمليات التوزيع عندما يسترجع المستفيدون قدرتهم على الإنتاج أو يحصلون على المواد الغذائية بطريقة مختلفة. وقد يحتاج المستفيدون إلى الانتقال إلى أشكال أخرى من المساعدة كعمليات التوزيع أو عمليات تأمين المعيشة المشروطة. وقد يلزم توفير التغذية التكميلية إلى جانب الحصة الغذائية العامة للأفراد المستضعفين (كالأطفال ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهرا، والنساء الحوامل أو المرضعات). وقد تكون هذه المساعدة شاملة أو مستهدَفة حسب السياق (انظر معيار إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة رقم ١ في الصفحة رقم ١٥٨).

وسواء تعلق الأمر بالتوزيع العام للأغذية أو بالتغذية التكميلية، يستحسن توفير حصص يمكن للمستفيدين حملها إلى بيتهم حيثما أمكن. وتُنظم التغذية في الموقع عندما يفتقر الناس إلى لوازم طهي طعامهم (بعد الكارثة مباشرة أو في أثناء تنقل السكان) أو عندما يمكن أن يُعّرض انعدام الأمن السكان الذين يستلمون حصصهم الغذائية للخطر، أو لتوفير الأغذية في المدارس في حالات الطوارئ (علما بأنه يمكن توزيع الحصص التي يستلمها المستفيدون، في المدارس).

ينبغي أن تتسم إدارة سلسلة التموين بالصرامة والمساءلة، حيث يمكن أن يؤثر ذلك مباشرة في حياة الناس. وكثيرا ما يمثل توصيل المواد الغذائية جانباً مهماً من الاستجابة للكوارث. وينبغي رصد نظم التسليم والتوزيع في كل المراحل، بما في ذلك على المستوى المجتمعي، ورصد الشفافية عن طريق الاتصال الفعال، حيث تلعب كل هذه العناصر دورا أساسيا. وينبغي إجراء تقييم بشكل منتظم ونشر نتائجه ومناقشته مع من يهمهم الأمر، بما في ذلك السكان المنكوبين والمؤسسات المحلية.

معيار الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية رقم ١ : المتطلبات الغذائية العامة

ضمان تلبية المتطلبات الغذائية للسكان المتضررين من الكارثة، بمن فيهم أكثرهم تعرضا للخطر.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- الإطلاع على مستوى الحصول على كميات مناسبة من المواد الغذائية الحسنة الجودة لمعرفة ما إذا كانت الحالة مستقرة أو إذا كان من المحتمل أن تتدهور (انظر الملاحظات الإرشادية ١و ٤ و٥).
- تصميم عملية توصيل المواد الغذائية على أساس ما بيّنه التخطيط الأولي من حاجات نموذجية إلى الطاقة والبروتينات والدهون والمغذيات الدقيقة، وتكييفها مع الوضع المحلي حسب الحاجة (انظر المؤشرات الأساسية، والملاحظة الإرشادية ٢ والمرفق رقم ٦: المتطلبات الغذائية).
- ضمان حصول السكان على الأغذية المغذية المناسبة، وحماية الدعم الغذائي وتشجيعه وتعزيزه (انظر الملاحظات الإرشادية ٣-٨).
- ضمان حصول الأطفال ما بين سن ٦ أشهر و٢٤ شهرا على الأغذية التكميلية الغنية بالطاقة، وحصول الحوامل والأمهات المرضعات على الدعم الغذائي الإضافي (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ضمان حصول العائلات التي تضم أفرادا مصابين بأمراض مزمنة، بمن فيهم الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والأفراد الذين يعانون من عجز محدد أو مواطن ضعف معينة، على الأغذية المغذية المناسبة والدعم الغذائي المناسب (انظر الملاحظات الإرشادية ٦-٨).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)



- ينبغي توفير مجموعة من الأغذية الأساسية (الحبوب أو الدرنيات)، والبقول (أو المنتجات الحيوانية) ومصادر الشحوم التي تلبي المتطلبات الغذائية (انظر الملاحظات الإرشادية ٢ و٣ و٥).
- ينبغي توفير الملح المشّرب باليود لأغلبية الأسر (أكثر من ٩٠٪) (انظر الملاحظات الإرشادية ٢-٤ والمرفق رقم ٦: المتطلبات الغذائية).
- ينبغي توفير مصادر إضافية من النياسين (كالبقول والمكسرّات والسمك المجفف) إذا كان الغذاء الأساسي هو الذرة أو الذرة البيضاء (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣ والمرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة، والمرفق رقم ٦: المتطلبات الغذائية).
- ينبغي توفير مصادر إضافية من الثيامين (كالبقول والمكّسرات والبيض) إذا كان الغذاء الأساسي هو الأرز الأبيض (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣).
- ينبغي توفير مصادر ملائمة من الريبوفلافين حيثما كان الناس يعتمدون على نظام غذائي محدود للغاية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣).

- ينبغي تفادي انتشار أمراض مثل الاسقربوط أو الحصاف أو البري بري أو نقص الريبوفلافين (انظر الملاحظة الإرشادية ٥ والمرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة).
- ينبغي ألا يؤثر نقص فيتامين A والأنيميا الناجمة عن نقص الحديد والاختلالات الناشئة عن نقص اليود في الصحة العامة (انظر الملاحظة الإرشادية ٥ والمرفق رقم ٥: قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة).

الملاحظات الإرشادية

١- ***تفسير الاستفادة من المواد الغذائية:*** يمكن قياس مدى الاستفادة من المواد الغذائية عن طريق أدوات تحليلية مثل درجة استهلاك المواد الغذائية، أو تنوع الوجبة الغذائية. وقد يكون من المناسب اتباع مناهج تدرس عددا من المتغيرات، بما فيها الأمن الغذائي، وإمكانية الوصول إلى الأسواق، وتأمين المعيشة، والصحة والتغذية، للبت فيما إذا كانت الحالة مستقرة أو في تدهور، وما إذا عمليات المعونة الغذائية ضرورية أم لا (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١ في الصفحة رقم ١٤٤).

٢- ***المتطلبات الغذائية وتخطيط الحصص:*** ينبغي الاستعانة بالتقديرات التالية الخاصة بمتوسط حاجات السكان، وتكييف الأرقام لكي تلائم السكان المعنيين كما يرد شرحه في المرفق رقم ٦: المتطلبات الغذائية:

- ٢١٠٠ سعرة حرارية للشخص في اليوم
- يمثل البروتين ١٠٪ من مجموع الطاقة اللازمة للجسم
- تثمل الدهون ١٧٪ من مجموع الطاقة اللازمة للجسم
- ينبغي الحصول على كميات مناسبة من العناصر المغذية الدقيقة.

- ويمكن تخطيط الحصص الغذائية العامة باستعمال أدوات تخطيط الحصص الغذائية (مثل أداة القيمة الغذائية). وعندما لا يحصل السكان على أي نوع من الأغذية على الإطلاق، ينبغي أن تلبي الحصص الموزعة حاجاتهم الغذائية الكاملة. ويجب وضع تقديرات متفق عليها فيما يتعلق بمتوسط كميات الأغذية التي تتاح للسكان المنكوبين (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١ في الصفحة رقم ١٤٤). ثم ينبغي تخطيط الحصص بشكل يضمن تعويض الفرق بين المتطلبات الغذائية وما يمكن أن يحصل عليه الأشخاص بأنفسهم وعليه، إذا كانت متطلبات الفرد النموذجية إلى السعرات الحرارية تبلغ ٢١٠٠ سعرة حرارية في اليوم، وبيّن التقدير أن الناس ضمن السكان المستهدفين يحصلون على ٥٠٠ سعرة حرارية للفرد في اليوم في المتوسط، بفضل جهودهم أو مواردهم الخاصة، وجب تخطيط الحصة الغذائية بحيث توفر ١٦٠٠ (٢١٠٠ – ٥٠٠) سعرة حرارية للشخص في اليوم. وإلى جانب ضمان احتواء الوجبة على الطاقة اللازمة، لا بد من أن تضم أيضا البروتينات والدهون والفيتامينات والمعادن. وإذا تم تخطيط الحصة الغذائية لتوفير كل المضمون الحراري للوجبة، وجب أن تتضمن كميات مناسبة من كل المغذيات. وإذا كان الغرض من الحصة هو توفير جزء فقط من المضمون الحراري للوجبة، أمكن تخطيطها باستعمال أحد النهجين. وإذا كان مضمون الأغذية الأخرى المتاحة للسكان من المغذيات **مجهولا**، وجب تخطيط الحصة بحيث يكون مضمونها من المغذيات متوازنا ومتناسبا

مع المضمون الحراري للحصة. وإذا كان مضمون الأغذية الأخرى المتاحة للسكان من المغذيات **معروفا**، أمكن تخطيط الحصة لتكميل هذه الأغذية بتعويض ما ينقصها من مغذيات. ويراعي متوسط أرقام تخطيط الحصص العامة المتطلبات الإضافية للنساء الحوامل والمرضعات. وينبغي أن تضم الحصة العامة أغذية مناسبة ومقبولة لصغار الأطفال، كالأغذية المدعمة الممزوجة (انظر معيار تغذية الرضع وصغار الأطفال رقم ٢ في الصفحة رقم ١٥٣). وينبغي ضمان الإنصاف، من أجل توفير حصص غذائية متشابهة للسكان المتضررين بنفس الطريقة ولفئات السكان الفرعية. وينبغي للمخططين أن يكونوا على وعي بأن استعمال مقاييس مختلفة لإعداد الحصص الغذائية من أجل مجتمعات متجاورة قد يسبب توترات. كما أن استيعاب كميات مفرطة من المغذيات الدقيقة يمكن أن يكون مضرا، وينبغي مراعاة ذلك عند تخطيط الحصص، لا سيما إذا أريد تضمينها عدة منتجات غذائية مدعّمة.

٣- ***الوقاية من سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة:*** إذا تمت تلبية المؤشرات الرئيسية الخاصة بالمواد الغذائية، أمكن تفادي تدهور الحالة الغذائية للسكان إجمالا، بشرط اتخاذ تدابير مناسبة في مجـال الصحة العامة للوقاية من الأمراض كالحصبة والعدوى بالطفيليات (انظر خدمات الصحة الأساسية – معياري مكافحة الأمراض المعدية ١ و٢ في الصفحات ٢٩٧-٢٩٩). وقد يطرح ضمان احتواء حصص المعونة الغذائية على المغذيات الملائمة بعض التحديات في الظروف التي لا تتوفر فيها سوى أنواع محدودة من الأغذية. وتضم خيارات تحسين الجودة الغذائية للحصص تدعيم الأغذية الأساسية، وضم أغذية مدعمة ممزوجة إليها، بالإضافة إلى أغذية تم شراؤها محليا لتوفير المغذيات الناقصة و/أو استعمال المكملات الغذائية كالأغذية الدهنية، والأغذية الغنية بالمغذيات، والأغذية الجاهزة للاستعمال، أو الأقراص أو المساحيق المتعددة المغذيات. ويمكن تخصيص هذه المنتجات للأفراد الضعفاء، كالأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٢٤ شهرا أو ٦ أشهر و٥٩ شهرا، أو النساء الحوامل والمرضعات. ويمكن في حالات استثنائية، التفكير في زيادة كمية المواد الغذائية في أي حصة عامة عندما تكون الأغذية الغنية بالمغذيات الدقيقة متاحة محلياً، وذلك لإتاحة فرصة تبادل المزيد من المواد الغذائية. غير أنه يجب مراعاة مردودية مثل هذه المبادرة ووقعها على الأسواق. ومن جملة الخيارات الأخرى التي يمكن دراستها أيضا للوقاية من نقص المغذيات الدقيقة، هناك تدابير الأمن الغذائي الرامية إلى تشجيع الحصول على أغذية مغذية (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١ في الصفحة رقم ١٤٤، ومعيار الأمن الغذائي – سبل المعيشة ١ و٢ في الصفحات ١٩٧-٢٠٠). كما ينبغي مراعاة الخسارة في المغذيات الدقيقة التي يمكن أن تطرأ أثناء النقل والخزن والتصنيع والطهي، والتوافر البيولوجي لمختلف الأشكال الكيميائية للفيتامينات والمعادن.

٤- ***رصد استعمال حصص المواد الغذائية:*** تتناول المؤشرات الرئيسية مسألة الحصول على المواد الغذائية ولكنها لا تبيّن كمية المواد الغذائية المستهلكة أو التوافر البيولوجي للمغذيات. ولقياس كمية المغذيات الدقيقة التي يستوعبها الأفراد، لا بد من الوفاء بمتطلبات يصعب تحقيقها في مجـال جمع المعلومات. ولكن، يمكن تقدير استعمال حصص المواد الغذائية بصورة غير مباشرة بالإطلاع على معلومات مستقاة من مختلف المصادر. ويمكن أن تضم هذه المصادر رصد توفر المواد الغذائية وتناولها في الأسر، وتقدير أسعار المواد الغذائية وتوفرها في الأسواق المحلية، ودراسة خطط وسجلات توزيع المعونة الغذائية، وتقدير نسبة الأغذية البرية في النظام الغذائي، وإجراء

تقديرات لحالة الأمن الغذائي. وقد لا يكون توزيع الطعام بين أفراد الأسرة عادلاً في جميع الأحوال، وقد تتأثر فئات المستضعفين من ذلك بشكل خاص، غير أن من الصعب قياس هذه الظاهرة. ومن شأن آليات التوزيع المناسبة (انظر معيار الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية رقم ٥ في الصفحة رقم ١٨٥)، واختيار المواد الغذائية، والحوار مع السكان المنكوبين، أن يسهم في تحسين توزيع الطعام داخل العائلات (انظر المعيار الأساسي ١ في الصفحة رقم ٥١).

٥- ***كبار السن***: يمكن أن يتأثر كبار السن أكثر من غيرهم من الكوارث. ويمثل المرض والعجز والعزلة والإجهاد النفسي، وحجم الأسرة الكبير، والبرد والفقر عددا من عوامل الخطر التي يمكن أن تقلل من إمكانية الحصول على المواد الغذائية، وتؤدي إلى ارتفاع الحاجة إلى المغذيات. وينبغي أن يتمكن كبار السن من الاستفادة من مصادر المواد الغذائية بسهولة (بما في ذلك المعونة الغذائية). وينبغي أن يسهل عليهم تحضير الطعام واستهلاكه، وأن تلبي الأغذية حاجتهم الإضافية إلى البروتينات والمغذيات الدقيقة.

٦- ***المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز***: قد تتعرض هذه المجموعة من الناس إلى سوء التغذية بقدر أكبر بسبب عدد من العوامل منها: انخفاض الحصيلة الغذائية نتيجة لفقدان الشهية أو صعوبة تناول الطعام؛ الامتصاص السيء للمغذيات الدقيقة نتيجة للإسهال؛ الطفيليات أو تضرر خلايا الأمعاء؛ التغييرات في تمثيل الأغذية؛ العدوى والمرض المزمن. وتزداد حاجات الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إلى الطاقة وفقاً لمرحلة العدوى. وينبغي أن يحتفظ الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بأفضل تغذية وصحة ممكنين لتأخير إصابتهم بمرض الإيدز. ومن جملة الأساليب الممكنة لتحسين استفادة هؤلاء الأشخاص من نظام غذائي ملائم، هناك طحن وتدعيم المواد الغذائية، أو توفير أغذية مدعمة أو مخلوطة. وقد يكون من المفيد في بعض الحالات زيادة الكمية الإجمالية للحصة الغذائية. وينبغي دراسة إمكانية توفير العلاج المضاد للفيروسات الراجعة، والدور المساعد الذي يمكن أن تؤديه التغذية لتحمّل هذا العلاج والالتزام به.

٧- ***الأشخاص ذوو الإعاقة***: يمكن أن يتعرض الأفراد ذوو الإعاقة، في أثناء الكوارث، لخطر الانفصال عن أفراد أسرتهم المباشرين والأشخاص الذين يرعونهم اعتياديا. كما قد يتعرضون للتمييز في مجال الحصول على المواد الغذائية. وعليه، ينبغي بذل الجهود اللازمة لتقليل هذه المخاطر عن طريق ضمان حصول هؤلاء الأشخاص على المواد الغذائية بالفعل، وتوفير وسائل تسهل تغذيتهم (مثل توفير الملاعق والشفاطات للشرب، تنظيم زيارات إلى المنازل أو توفير خدمات المساعدة)، وتزويدهم بأغذية غنية بالطاقة وبالمغذيات الدقيقة. وتضم المخاطر الغذائية المحددة التي تواجهها هذه الفئة صعوبة المضغ والبلع (مما يؤدي إلى انخفاض الحصيلة الغذائية والاختناق)، وطريقة جلوسهم غير المناسبة عند تناول الطعام، وانخفاض قدرتهم على الحركة، مما يؤثر في إمكانية حصولهم على المواد الغذائية وتعرضهم إلى أشعة الشمس (التي تؤثر في حصيلة فيتامين D)، والإمساك الذي يعاني منه الأشخاص المصابون بشلل مخي بصفة خاصة.

٨- ***مقدمو الرعاية ومن يتلقون الرعاية:*** قد يواجه هؤلاء الأشخاص عقبات غذائية محددة، فقد لا يكون لديهم الوقت الكافي للحصول على المواد الغذائية لكونهم مرضى أو لأنهم يقومون برعاية مرضى؛ وقد تكون لديهم احتياجات أكبر في مجال المحافظة على النظافة، أو قد يصعب عليهم

المحافظة على نظافتهم؛ كما قد لا يملكون موجودات كافية تتيح لهم مبادلتها مقابل المواد الغذائية بالنظر إلى تكاليف العلاج أو الدفن التي يتحملونها؛ وقد يعانون من الوصم الاجتماعي مما يؤدي إلى تقليل استفادتهم من شبكات التضامن الاجتماعي. ومن المهم أن يحظى مقدمو الرعاية بالمساعدة في مجال رعاية فئات المستضعفين. وتشمل هذه الرعاية التغذية، والمحافظة على النظافة، والصحة، والدعم النفسي، والحماية. ويمكن استعمال الشبكات الاجتماعية القائمة لتوفير التدريب اللازم لأفراد مختارين ضمن السكان للاضطلاع بمسؤوليات محددة في هذه المجالات (انظر مبدأ الحماية رقم ٤ في الصفحة رقم ٣٨).

الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٢ : توزيع مواد غذائية مناسبة ومقبولة

ينبغي أن تكون المواد الغذائية الموزعة مناسبة ومقبولة للمستفيدين بحيث تُستعمل بالفعل وبشكل مفيد في العائلة.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي استشارة السكان المنكوبين أثناء عمليات التقدير وتخطيط البرنامج لمعرفة ما إذا كانت هذه المواد الغذائية مقبولة ومألوفة ومناسبة. وينبغي أن تؤخذ هذه النتائج في الاعتبار عند اتخاذ القرارات الخاصة بالبرنامج فيما يتعلق باختيار المواد الغذائية (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي تقدير قدرة الناس على حفظ المواد الغذائية، والحصول على الوقود والماء، ومراعاة الوقت اللازم للطهي ومتطلبات النقع، عند اختيار المواد الغذائية التي يراد توزيعها (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- عند توزيع غذاء لم يألفه المستفيدون، ينبغي أن توفر لمن يعني بتحضير الطعام تعليمات بشأن تحضيره. ويستحسن توزيع هذه التعليمات باللغة المحلية (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- عند توزيع الحبوب الكاملة، ينبغي التأكد من امتلاك المستفيدين الوسائل اللازمة لطحنها أو لتحويلها في المنزل، أو أن تتاح لهم إمكانية استعمال مرافق مناسبة لطحن الحبوب أو تحويلها (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ينبغي تزويد السكان المنكوبين بمواد تعتبر مهمة من الناحية الثقافية، بما فيها التوابل (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تستند القرارات المتعلقة بالبرنامج إلى المشاركة الكاملة للسكان المستهدفين جميعا في اختيار المواد الغذائية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٤).
- ينبغي مراعاة إمكانيات الحصول على الماء ووقود الطهي ومعدات تحويل المواد الغذائية عند تخطيط البرنامج (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣).
- ينبغي تفادي الاقتصار على توزيع اللبن المجفف أو اللبن السائل المجاني أو المدعوم (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).

الملاحظات الإرشادية

١- ***غذاء مألوف ومقبول***: إن كانت القيمة الغذائية هي أول ما ينبغي مراعاته عند اختيار مواد السلة الغذائية، فأن الأغذية التي توَزع ينبغي أن تكون أيضا مألوفة للمستفيدين ومتماشية مع تقاليدهم الدينية والثقافية، بما فيها المحرمات الغذائية على الحوامل أو المرضعات. وينبغي أن يشارك الأشخاص المستضعفون في المشاورات المتعلقة باختيار الأغذية. وإذا استُعملت مواد غذائية غير مألوفة، وجب أن تكون مستساغة محليا. وينبغي شرح أسباب اختيار مواد محددة أو استبعاد مواد أخرى في تقارير التقدير والطلبات الموجهة إلى المتبرعين. وعندما تحول الكارثة دون الوصول إلى مرافق الطهي، يجب توفير طعام جاهز للأكل (انظر أيضا معيار تغذية الرضع وصغار الأطفال رقم ٢ في الصفحة رقم ١٥٣). وفي مثل هذه الظروف، قد لا يكون هناك أي بديل عن توفير مواد غذائية غير مألوفة. وينبغي في هذه الحالات فقط التفكير في توفير حصص خاصة «للطوارئ».

٢- ***حفظ المواد الغذائية وتحضيرها***: ينبغي أن يستند اختيار المواد الغذائية إلى قدرة الناس على حفظها. وفيما يتعلق بالحاجة إلى الماء، يرجى الإطلاع على معيار الإمداد بالماء رقم ١ في الصفحة رقم ٩٢ ويلزم تقدير حاجة السكان إلى الوقود قبل اختيار المواد الغذائية، لكي يتمكن المستفيدون من طهي طعامهم لفترة كافية من أجل تفادي الأخطار الصحية وتفادي تدهور البيئة والمخاطر الأمنية المحتملة بسبب الإفراط في جمع الحطب (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١) وينبغي عموما توفير مواد لا يتطلب طهيها الكثير من الوقت أو استعمال كميات كبيرة من الماء. ومن شأن توفير حبوب مطحونة أن يقلل فترات الطهي وكمية الحطب اللازمة للطهي. وفيما يتعلق بلوازم الطهي، يرجى الإطلاع على معيار الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية رقم ٦ في الصفحة رقم ١٩٠، ومعياري اللوازم غير الغذائية ٣ و٤ في الصفحات ٢٥٩-٢٦١).

٣- ***تحويل الأغذية***: للحبوب الكاملة ميزة تتمثل في إمكانية الاحتفاظ بها لفترة أطول، ولقيمتها الاقتصادية المرتفعة بالنسبة إلى المستفيدين. ويمكن توزيع الحبوب الكاملة عندما يشكل الطحن في المنزل جزءاً من عادات المستفيدين، أو عندما يكون بوسعهم الوصول إلى المطاحن المحلية. ويمكن توفير خدمات الطحن التجاري الذي يزيل البزر والزيت والأنزيمات (التي تسبب العفونة) ويزيد من مدة الاحتفاظ بالحبوب بشكل ملحوظ، ولكنه يقلل في الوقت نفسه مضمونها من البروتينات. ويثير طحن الذرة بصفة خاصة مشكلة، حيث أن إمكانية الاحتفاظ بالذرة الكاملة المطحونة لا تتجاوز ٦ إلى ٨ أسابيع. وعليه، فأن طحن الذرة يجب أن يتم قبل استهلاكه بفترة

قصيرة. وينبغي الالتزام بالقوانين الوطنية المتعلقة باستيراد الحبوب الكاملة وتوزيعها. ويمكن تغطية تكاليف الطحن التي يتحملها المستفيدون، بمنح النقود أو القسائم، أو باللجوء إلى حل لايعتبر الحل الأفضل، أي توفير المزيد من الحبوب أو توفير أدوات طحنها.

٤- ***المواد المهمة ثقافياً***: ينبغي أن يكشف التقدير عن التوابل وغيرها من المواد الغذائية التي تشكل أهمية ثقافية للسكان، والتي تشكل جزءاً أساسيا من وجبتهم اليومية التقليدية (كالتوابل والشاي) وتحديد إمكانيات حصول الناس على هذه المواد. وينبغي تخطيط السلة الغذائية بناء على ذلك، ولا سيما فيما يتعلق بالأشخاص الذين يعتمدون على الحصص الموزعة لفترة زمنية طويلة.

٥- ***اللبن***: لا ينبغي توزيع اللبن المجفف للرضع أو اللبن السائل أو منتجات اللبن كمادة منعزلة دون تحديد الفئات المستهدفة (بما في ذلك اللبن المخصص للخلط مع الشاي) ضمن التوزيع العام للأغذية أو ضمن برنامج التغذية التكميلية المخصصة للمنزل، إذ أن استعماله بطريقة غير صحيحة يمكن أن ينطوي على تبعات صحية خطيرة. وينبغي تنظيم العمليات التي تشمل توزيع اللبن طبقا للإرشادات التشغيلية المتعلقة برضاعة الوليد في حالات الطوارئ، والمدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، ومقررات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة بالموضوع (انظر معياري تغذية الرضع وصغار الأطفال ١ و٢ في الصفحات ١٥١-١٥٣).

الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٣ : جودة المواد الغذائية وسلامتها

ينبغي أن تكون المواد الغذائية الموزعة صالحة للاستهلاك البشري وذات جودة مناسبة



التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- انتقاء أغذية تلتزم بالمعايير الوطنية للبلد المتلقي للمعونة وغيرها من المعايير المقبولة دولياً (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- توزيع الأغذية قبل انتهاء تاريخ صلاحيتها أو ضمن التاريخ المستحسن لاستهلاكها (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- استشارة من يتلقون المساعدة حول جودة المواد الغذائية الموزعة، واتخاذ تدابير فورية بشأن المشاكل التي قد تثار (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- اختيار تغليف مناسب للأغذية يكون متينا ومناسباً للمناولة والخزن والتوزيع، ويجب ألا يشكل خطراً على البيئة (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- ينبغي أن تكون بطاقات شرح محتويات طرود الأغذية محررة باللغة المناسبة. وفيما يتعلق بالأغذية المعلبة، ينبغي ذكر تاريخ الإنتاج والأصل وتاريخ الصلاحية فيما يتعلق بالأغذية التي يمكن أن تنطوي على خطر، بالإضافة إلى تفاصيل بشأن محتوياتها من المغذيات (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

- نقل المواد الغذائية وخزنها في ظروف مناسبة بتطبيق أفضل الممارسات في مجـال إدارة المخزون، وإجراء فحوص منتظمة للتأكد من جودة الأغذية (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يستلم جميع من يتلقون المعونة أغذية «تفي بالغرض منها». ولتأمين السلامة، لا ينبغي أن تطرح المواد الغذائية خطرا على الصحة؛ ولتأمين الجودة، ينبغي أن تلتزم المواد الغذائية بمواصفات الجودة وأن تكون مغذية (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٢ و٤).
- ينبغي متابعة كل الشكاوى المستلمة من المستفيدين في إطار رصد المسؤولية، وإيجاد حل لها (انظر الملاحظة الإرشادية ٣)

الملاحظات الإرشادية

١- ***جودة المواد الغذائية:*** يجب أن تفي المواد الغذائية بالمعايير الغذائية للحكومة المتلقية للمعونة أو بمعايير الدستور الدولي للأغذية أو كليهما، من حيث الجودة والتغليف وبطاقات التعريف و«الوفاء بالغرض منها». وينبغي أن تكون المواد الغذائية «صالحة للاستهلاك البشري» دائما، وينبغي أن «تفي بالغرض منها أيضا». وإذا تعذر استعمال المواد الغذائية بالطريقة المرجوة، اعتبرت غير صالحة للغرض منها وإن كانت صالحة للاستهلاك البشري (فمثلا، قد لا تسمح نوعية الدقيق بصنع الخبز ضمن العائلة حتى لو كان صالحا للاستهلاك). وفيما يتعلق باختبار الجودة، ينبغي أخذ العينات وفقا لخطة أخذ العينات، وينبغي أن تفحصها المنظمات المشترية لضمان جودتها. وينبغي أن تكون المواد الغذائية التي تم شراؤها محلياً أو استيرادها مصحوبة بشهادات الصحة النباتية أو غيرها من شهادات التفتيش. وينبغي إجراء اختبارات عشوائية لعينات من مخزون الأغذية. وينبغي إجراء عمليات التبخير باستعمال المواد المناسبة واتباع تعليمات صارمة. وعندما يتعلق الأمر بكميات كبيرة من هذه البضاعة أو عندما تدور شكوك أو خلافات ممكنة حول جودتها، يستحسن أن يقوم متخصصون في مجـال التحقق من الجودة بتفتيش البضاعة. ويمكن الحصول على المعلومات الخاصة بعمر البضاعة وجودتها من شهادات المورد، وتقارير مراقبة الجودة، وبطاقات تعريف الطرود، وتقارير المخازن. وينبغي التخلص بعناية من الأغذية غير الصالحة للاستهلاك (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٤، الملاحظة الإرشادية ١٠ في الصفحة رقم ١٨٤).

٢- ***الأغذية المعدّلة جينياً:*** يجب فهم اللوائح الوطنية الخاصة بتلقي الأغذية المعدلة جينيا واستهلاكها، والالتزام بها. وينبغي أخذ هذه اللوائح في الاعتبار عند تخطيط عمليات توصيل المواد الغذائية المستوردة.

٣- ***آليات رفع الشكاوى والنظر فيها***: ينبغي أن توفر المنظمات آليات ملائمة لرفع الشكاوى والنظر فيها، فيما يتعلق بجودة المواد الغذائية وسلامتها، لضمان المساءلة أمام متلقيي المعونة (انظر المعيار الأساسي رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٢ في الصفحة رقم ٥٢)

٤- ***التغليف***: ينبغي أن يتيح التغليف إمكانية توزيع المواد الغذائية مباشرة دون الاضطرار إلى إعادة وزنها (غَرفها مثلا) أو إعادة تغليفها. فمن شأن اختيار أحجام مناسبة للعبوات أن يساعد على الالتزام بمعايير الحصة الغذائية. ويجب ألا ترد على غلاف الأغذية أي رسائل ذات مضمون سياسي أو ديني أو يدعو إلى التفرقة. ويمكن تقليل المخاطر على البيئة عبر اختيار شكل العبوات ومعالجة العبوات الفارغة (كالأكياس والعلب). وقد تتطلب أغلفة الأغذية الجاهزة للاستعمال (كرقائق التغليف) مراقبة خاصة لتأمين التخلص السليم منها.

٥- ***أماكن الخزن***: ينبغي أن تكون جافة ونظيفة ومحمية بشكل مناسب من الظروف الجوية، وأن تكون خالية من أي تلوث كيميائي أو غيره من المخلفات. كما ينبغي أن تكون محمية بقدر المستطاع من الحيوانات الضارة كالحشرات والقوارض. (انظر أيضا الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٤ في الصفحة رقم ١٨١ ومعيار إدارة النفايات الصلبة رقم ١ في الصفحة رقم ١١٢).

الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٤ : إدارة سلسلة التموين

ينبغي إدارة البضاعة وما يرتبط بها من تكاليف إدارة جيدة بتطبيق نظم شفافة وتفاعلية.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- وضع نظام فعال ومُنسَق لإدارة سلسلة التموين عن طريق الاستعانة بالقدرات المحلية حيثما أمكن (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣).
- ضمان اتباع إجراءات شفافة وعادلة ومفتوحة لمنح العقود (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٢ و٤).
- إقامة علاقات سليمة مع الموردين ومقدمي الخدمات، وتطبيق الممارسات الأخلاقية (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٢ و٤ و٥).
- تدريب الموظفين في كل مستويات نظام إدارة سلسلة التموين على الالتزام بإجراءات ضمان جودة المواد الغذائية وسلامتها، والإشراف عليهم (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- وضع إجراءات مناسبة للمساءلة تشمل الجرد والإفادة والنظم المالية (انظر الملاحظات الإرشادية ٦-٨)
- تقليل الخسائر إلى أدنى حد ممكن، بما في ذلك الخسائر الناجمة عن السرقة، والإبلاغ بكل الخسائر (انظر الملاحظات الإرشادية ٩-١١).
- إدارة ورصد قنوات الإمداد بالأغذية بغية اتخاذ التدابير اللازمة لتفادي أي تحويلات غير قانونية وأي توقف في عمليات التوزيع، وإبلاغ الجهات المعنية بانتظام بأداء سلسلة التموين (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١٢ و١٣).



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تصل المواد الغذائية إلى مراكز التوزيع المقررة (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٧).
- ينبغي وضع نظم لمتابعة الإمدادات، ونظم المحاسبة ورفع التقارير الخاصة بالمخزون، منذ بداية عملية الإغاثة (انظر الملاحظات الإرشادية ٧ و٨ و١١-١٣).
- ينبغي أن تتضمن تقارير تقييم إدارة سلسلة التموين تقديرا للقدرات المحلية في مجال إدارة سلسلة التموين وجردها، ومدى توفر الأغذية محليا، وهياكل النقل والإمداد المحلية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣).
- ينبغي أن تضم التقارير المتعلقة بإدارة سلسلة التموين الآتي:
  - أدلة على وجود نظم شفافة وعادلة ومفتوحة لمنح العقود
  - أدلة على إدارة أداء الموردين/مقدمي الخدمات والإفادة به
  - عدد العاملين في مجال إدارة سلسلة التموين ونسبتهم
  - مدى اكتمال الوثائق ودقتها
  - الحد من الخسائر والعمل على ألا تتجاوز ٢ في المائة، وإمكانية مراقبة المواد الغذائية
  - إجراء تحليلات منتظمة لقنوات التموين، وتزويد جميع المعنيين بمعلومات منتظمة عن أداء نظام التموين.

الملاحظات الإرشادية

١- ***إدارة سلسلة التموين*** هو نهج متكامل في مجال سوقيات المعونة الغذائية يبدأ باختيار المواد الغذائية ثم اختيار الموردين والشراء وتأمين الجودة والتعبئة والشحن والنقل والخزن وإدارة قوائم الجرد والتأمينات. ويضم نظام التموين عددا من الشركاء المختلفين. وبالتالي، فأن من المهم تنسيق أنشطتهم (انظر المعيار الأساسي رقم ٢ في الصفحة رقم ٥٤). ويستحسن اعتماد إجراءات مناسبة للإدارة والمراقبة لضمان المحافظة على كل المواد الغذائية حتى وصولها إلى مراكز التوزيع. وعلى الوكالات الإنسانية أيضا مسؤولية ضمان وصول المواد الغذائية إلى المستفيدين المستهدفين (انظر الأمن الغذائي – معياري توصيل المواد الغذائية رقم ٥ و٦ في الصفحات ١٨٥-١٩٠).

٢- ***الاستعانة بالخدمات المحلية***: ينبغي إجراء تقييم للقدرات المحلية المتوافرة وإمكانية التعويل عليها قبل الاستعانة بمهارات من خارج المنطقة. وينبغي التأكد من أن الاستعانة بالقدرات المحلية لن يسبب خلافات أو يؤجج خلافات قائمة، ويلحق بالتالي المزيد من الأذى بالمجتمع. وعادة ما يكون لشركات النقل والشحن المحلية أو الإقليمية ذات السمعة الطيبة معرفة جيدة باللوائح والإجراءات والمرافق المحلية ويمكنها بالتالي أن تساعد على ضمان الالتزام بقوانين البلد المضيف فضلا عن الاضطلاع بعمليات تسليم البضاعة. وينبغي أن يخضع موفرو الخدمات لتدقيق متعمق صارم في ظروف النزاعات.

٣- ***شراء البضاعة محلياً عوضاً عن استيرادها:*** ينبغي تقدير ما هو متاح من مواد غذائية محلياً وتبعات شراء الأغذية محليا أو استيرادها على الإنتاج المحلي ونظم السوق والاستدامة البيئية (انظر

معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١ في الصفحة رقم ١٤٤؛ والأمن الغذائي – معياري سبل المعيشة ١ و٣ في الصفحات ١٩٧-٢٠٣). وتجدر الإشارة إلى إمكانية حفز الأسواق ودعمها بشراء الأغذية محليا أو إقليميا، فمن شأن ذلك أن يعطي المزارعين حافزا لزيادة إنتاجهم وأن يساعد على تعزيز الاقتصاد المحلي. وعندما تشارك عدة منظمات في تقديم المعونة، يستحسن أن تسعى إلى تنسيق الاستعانة بخدمات الموردين المحليين. ويمكن أن تشمل المصادر الأخرى للمواد الغذائية داخل البلد المعني، منحاً، أو إعادة تخصيص معونات غذائية من برامج المعونة الغذائية القائمة (قد يلزم الحصول على موافقة المانح) أو من مخزون الحبوب الوطني، أو سُلفا من الموردين التجاريين أو مبادلات معهم.

٤- ***عدم التحيز***: تعد إجراءات التعاقد العادلة والواضحة أساسية لتفادي أي شبهة بالمحسوبية أو الفساد. وينبغي تقييم أداء مقدمي الخدمات وتحديث قائمة المتعاقدين المختارين.

٥- ***المهارات والتدريب***: ينبغي حشد المعنيين بإدارة سلسلة التموين ومديري البرامج ذوي الخبرة لوضع نظم إدارة سلسلة التموين وتدريب الموظفين عليها. وتشمل أنواع الخبرة المناسبة: إدارة العقود، وإدارة النقل والمخازن، وإدارة المخزون، وتحليل قنوات التوريد، وإدارة المعلومات، ومتابعة الشُحنات، وإدارة الواردات. وينبغي أن يشمل التدريب – في حال توفيره – موظفي المنظمات الشريكة ومقدمي الخدمات وأن يقدم باللغة المحلية.

٦- ***لا تُستعمل المواد الغذائية كأجر***: ينبغي تفادي استعمال المواد الغذائية لدفع أجور عمليات النقل والإمداد، مثل تفريغ الشاحنات في المخازن ومراكز التوزيع. وإذا تعذر دفع الأجور نقدا، وتم استعمال المواد الغذائية عوضا عن ذلك، وجب تكييف كميات المواد الغذائية المرسلة إلى مراكز التوزيع لكي يحصل المستفيدون المستهدفون على الكميات التي كانت مخططة لهم أصلا.

٧- ***رفع التقارير (بما في ذلك المجموعات اللوجستية وفيما بين الوكالات)***: لمعظم مانحي المعونة الغذائية متطلبات خاصة فيما يتعلق برفع التقارير. ويجب أن يكون مديرو نظام التموين على علم بهذه المتطلبات وأن يضعوا أنظمة قادرة على تلبيتها. وتتضمن الإدارة اليومية للاحتياجات الإفادة على وجه السرعة بأي تأخير أو خروج عن سلسلة التموين. وينبغي تبادل المعلومات الخاصة بشبكات التوريد وغيرها من تقارير إدارة سلسلة التموين بشفافية.



٨- ***الوثائق***: ينبغي توفير كمية كافية من الوثائق والاستمارات (قوائم البضائع المشحونة، دفاتر الجرد، استمارات التقارير، الخ) باللغة المحلية، في كل المواقع التي تُستّلم فيها المعونة الغذائية وتُخزن أو تُوزع أو كليهما، وذلك للاحتفاظ بأثر مكتوب عن المبادلات يتيح مراقبتها.

٩- ***الخزن***: تُفضَل المخازن المخصصة للمواد الغذائية وحدها على تلك التي تخزن فيها بضائع متنوعة. غير أن حسن الإدارة يمكن أن يقلل المخاطر فيما يتعلق بالنوع الثاني من المخازن. لذا ينبغي، عند انتقاء مخزن، التأكد من أنه لم تخزن فيه من قبل بضائع تنطوي على خطر، والتأكد من خلوّه من أي ملوثات. ومن جملة العوامل الأخرى التي ينبغي مراعاتها نذكر الأمن والقدرات وسهولة الوصول إلى المخزن ومتانته (السقف، الجدران، الأبواب،الأرضية)، فضلا عن استبعاد خطر الفيضانات.

١٠- ***التخلص من المواد الغذائية غير الصالحة للاستهلاك البشري***: ينبغي أن يقوم مفتشون مؤهلون، (كخبراء السلامة الغذائية ومختبرات الصحة العامة) بتفتيش المواد الغذائية التالفة للبت في صلاحيتها أو عدم صلاحيتها للاستهلاك البشري. وينبغي التخلص من هذه المواد بسرعة قبل أن تتحول إلى خطر صحي. ويمكن أن تضم أساليب التخلص من المواد الغذائية غير الصالحة للاستهلاك بيعها كعلف للحيوانات أو دفنها أو حرقها بتصريح من السلطات المعنية وتحت إشرافها. وفي حال استعمال هذه المواد الغذائية كعلف للحيوانات، يجب الحصول على شهادة تبين صلاحيتها لهذا الغرض. وفي كل الأحوال يجب التأكد من أن المواد الغذائية غير الصالحة للاستهلاك لن تدخل من جديد في سلسلة الإمداد الغذائي البشري أو الحيواني، وأن التخلص منها لا يلحق أي ضرر بالبيئة أو يلوث مصادر الماء القريبة.

١١- ***تهديد سلسلة التموين***: يحتمل أن تتعرض المعونة الغذائية، في حالات النزاع المسلح، إلى السرقة أو المصادرة من قبل الأطراف المتحاربة. لذا، ينبغي إدارة أمن طرق النقل والمخازن. وتنطوي كل حالات الكوارث على احتمالات التعرض للسرقة في كل مراحل التموين. وعليه، لا بد من وضع نظم للمراقبة والإشراف عليها في كل مراكز الخزن والتسليم والتوزيع لتقليل مثل هذا الاحتمال إلى أدنى حد ممكن. وينبغي لنظم المراقبة الداخلية أن تضمن تقسيم الواجبات والمسؤوليات لتقليل احتمالات التواطؤ. وينبغي مراقبة المخزون بانتظام للكشف عن حالات سرقة المواد الغذائية. وينبغي اتخاذ إجراءات لضمان نزاهة سلسلة التموين بالإضافة إلى تحليلها ومعالجة التبعات السياسية والأمنية، مثل إمكانية استعمال المخزون المسروق لدعم نزاع مسلح (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١).

١٢- ***تحليل قنوات التموين***: ينبغي إجراء تحليلات منتظمة لقنوات التموين وتبادل المعلومات الخاصة بمستويات المخزون والتاريخ المتوقع لوصول البضاعة وعمليات التوزيع، الخ بين جميع المشاركين في سلسلة التموين. وعند متابعة وتقدير مستوى المخزون بانتظام في كل مستويات قنوات التموين ينبغي تسليط الضوء على مواطن الضعف أو المشكلات المحتملة بحيث يمكن إيجاد حلول لها في الوقت المناسب. وقد يسّهل تبادل المعلومات بين الشركاء تقديم المنح لمنع إي انقطاع في قنوات التموين. وقد لا يمكن تفادي الانقطاع في قنوات التموين إذا كانت الموارد غير ملائمة. وفي هذه الحالات، قد يلزم منح الأولوية لبعض مواد السلة الغذائية عند تخطيط الموارد اللازمة (أي اختيار ما ينبغي شراؤه) بالأموال المتاحة. وينبغي استشارة الجهات المعنية، وقد تتضمن الحلول المقترحة تقليل الحجم العام للحصة الغذائية أو تقليل أو استثناء بعض أنواع الأغذية التي يمكن أن يحصل عليها المستفيدون بأنفسهم (بدنيا واقتصاديا).

١٣- ***توفير المعلومات***: ينبغي توفير المعلومات للجهات المعنية المناسبة بدلا من توفيرها لجميع الشركاء، تفاديا لسوء الفهم. ينبغي التفكير في استعمال وسائل الإعلام المحلية والوسائل التقليدية لنشر الأخبار والتكنولوجيا الحالية (كالهاتف النقال والرسائل القصيرة والبريد الالكتروني) لإحاطة المسؤولين المحليين والمستفيدين علما بتسليم المواد الغذائية وتعزيز الشفافية.

الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٥ : استهداف المستفيدين والتوزيع

ينبغي أن يكون أسلوب توزيع المواد الغذائية الذي يستهدف المستفيدين متجاوبا وسريعا وشفافا وسليما، وأن يحفظ كرامة الناس وأن يكون مناسبا للظروف المحلية.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تحديد المستفيدين من المعونة الغذائية واستهدافهم على أساس حاجاتهم عن طريق التشاور مع الجهات المعنية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- تصميم أساليب فعالة وعادلة لتوزيع المواد الغذائية تحفظ كرامة الناس، بالتشاور مع المنظمات الشريكة والجماعات المحلية والمستفيدين. وينبغي أن تشارك النساء وممثلو الأشخاص ذوو الإعاقة، وكبار السن والأشخاص ذوي القدرة المحدودة على الحركة، مشاركة فعالة في عملية التصميم (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٤).
- استشارة الجهات المعنية المحلية بشأن مراكز التوزيع المناسبة التي تضمن سهولة وصول المستفيدين إليها وسلامتهم (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٦).
- إبلاغ المستفيدين مسبقاً بخطة التوزيع وبنوعية وكمية الحصص الغذائية التي ستوزع عليهم (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٧ و٨).
- رصد وتقييم كفاءة توزيع الأغذية (انظر الملاحظة الإرشادية ٩)



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- يجب أن تقوم معايير استهداف المستفيدين على تحليل متعمق للضعف (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي الاتفاق على آليات استهداف المستفيدين من بين السكان المنكوبين (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- وجود أشكال بديلة مناسبة أخرى لتوزيع المواد الغذائية على الأفراد ذوي القدرة المحدودة على الحركة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤).
- ينبغي ألا تتجاوز المسافة التي يتعين أن يقطعها المستفيدون إلى مركز التوزيع ١٠ كيلومترات، أي ما يقابل السير لمدة أربع ساعات (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- وجود بطاقات تموين ولافتات و/أو أعمدة إشهار، تذكر بالتحديد الحصص الغذائية التي سيستلمها المستفيدون في أثناء عملية التوزيع (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٧ و٨)

- ينبغي أن تبين آليات رصد المستفيدين و/أو مساءلتهم ما يلي (انظر الملاحظة الإرشادية ٩):
  - ما يفضله أصحاب المصلحة من أساليب التوزيع
  - المعلومات التي توزع على المستفيدين بشأن عمليات التوزيع
  - المستفيدون/المواد الغذائية المستلمة: الواقع مقابل ما كان مخططا (السرعة والكمية والجودة).

الملاحظات الإرشادية

١- ***استهداف المستفيدين***: ينبغي أن تستهدف المعونة الغذائية الأشخاص الذين بيّنت التقديرات أنهم بحاجة ماسة إلى المعونة، أي العائلات التي تعاني بشدة من انعدام الأمن الغذائي، والأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية (انظر مواطن ضعف السكان المتضررين من الكوارث وقدراتهم في الصفحة رقم ١٤٢ ومعياري تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية ١ و٢ في الصفحات ١٤٤-١٤٧). وينبغي أن يستمر استهداف المستفيدين خلال عملية الإغاثة بأكملها وليس في المرحلة الأولى منها فقط. ومن المعقد تحقيق التوازن الصحيح بين أخطاء الاستبعاد (التي يمكن أن تهدد حياة الناس)، وأخطاء الاحتواء (التي يمكن أن تنطوي على تعطيل أو هدر)، يضاف إلى ذلك أن تصحيح الأخطاء عادة ما يستتبع زيادة في التكاليف. وفي حالات الكوارث، يمكن أن تلقى أخطاء الاحتواء قبولا أكبر من أخطاء الاستثناء. فيمكن أن يكون توزيع البطاطين مناسبا في ظل الكوارث المفاجئة حيث تتكبد كل العائلات نفس الخسائر، أو حيث يتعذر إجراء تقدير مفصل مستهدف بسبب تعذر الوصول إلى موقع الكارثة. وينبغي اختيار الموظفين الذين يشاركون في استهداف المستفيدين، لعدم تحيزهم وقدراتهم وإمكانية مساءلتهم. ويمكن أن يضم موظفو التوزيع كبار المجتمع المحلي أو لجان الإغاثة المنتخبة محلياً أو المؤسسات المحلية أو المنظمات غير الحكومية المحلية أو الحكومات أو المنظمات غير الحكومية الدولية. ويُحث على اختيار نساء في فرَق هؤلاء الموظفين. وينبغي أن تكون مناهج الاستهداف واضحة ومقبولة من جانب السكان المتلقين وغير المتلقين على السواء لتفادي التوترات وإلحاق الأذى (انظر المعيار الأساسي رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٣ في الصفحة رقم ٥٣ ومبدأ الحماية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٤).

٢- ***التسجيل***: ينبغي الشروع في التسجيل الرسمي للأسر التي تتلقى المعونة الغذائية بأسرع ما يمكن، وتحديث هذا السجل عند الاقتضاء. وتعتبر المعلومات المتعلقة بالمستفيدين أساسية في تصميم نظام فعال للتوزيع (يؤثر عدد السكان وتركيبتهم الديمغرافية في تنظيم توزيع المواد الغذائية)، وإعداد قوائم بأسماء المستفيدين، ومسك سجلات، وإصدار بطاقات تموين، وتشخيص الناس ذوي الاحتياجات المحددة. وكثيرا ما يطرح تسجيل السكان في المخيمات مشكلات، على الأخص عندما لا يملك السكان النازحون وثائق إثبات هويتهم (انظر مبدأ الحماية رقم ٤ والملاحظتين الإرشاديتين ٤ و٥ في الصفحة رقم ٣٩). وقد تكون قوائم السلطات المحلية وقوائم العائلات التي تعدها المجتمعات المحلية مفيدة، بشرط أن يثبت تقدير مستقل دقتها وعدم تحيزها. كما ينبغي تشجيع مشاركة النساء ضمن السكان المنكوبين في عملية التسجيل. وينبغي أن تتأكد المنظمات من عدم استثناء الأفراد الضعفاء من قوائم التوزيع، وبالأخص الأشخاص الذين لا يستطيعون مغادرة منزلهم. وبينما يجري تسجيل أرباب العائلات عادة، ينبغي أن يكون للنساء الحق في التسجيل باسمهن، إذ تستعمل النساء الحصص الموزعة بشكل أنسب ضمن العائلة. وإذا تعذر تسجيل الأشخاص

المنكوبين في المراحل الأولى من الكارثة، وجب إتمام تسجيلهم حالما يستقر الوضع. ويصدق ذلك بصفة خاصة على الحالات التي يلزم فيها توفير المعونة الغذائية لفترة طويلة. كما ينبغي وضع آلية لرفع الشكاوى والنظر فيها خلال عملية التسجيل (انظر المعيار الأساسي رقم ١، الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٦ في الصفحة رقم ٥٣).

٣- ***أساليب توزيع الحصص الجافة***: تتطور معظم أساليب التوزيع مع مرور الزمن. وتوزع في إطار التوزيع العام للمواد الغذائية حصص جافة يقوم المستفيدون بطهيها في منازلهم عادة. ويمكن أن يكون المستفيد فردا أو حامل بطاقة تموين عائلية، أو ممثلا عن مجموعة من العائلات، أو قائدا تقليديا، أو قادة عملية توزيع تستهدف المجتمع المحلي. وتحدد الظروف السائدة في الميدان المستفيدين الذين ينبغي انتقاؤهم، وقد يؤدي تغير الظروف إلى تغيير المستفيدين. كما ينبغي تقدير المخاطر الملازمة لعمليات التوزيع التي تتم عبر ممثلي المجتمع أو قادتهم تقديرا دقيقا. وعند اختيار المستفيدين، ينبغي مراعاة وقع عبء العمل ومخاطر العنف المحتمل، بما في ذلك العنف المنزلي (انظر مبدأي الحماية ١ و٢ في الصفحات ٣١-٣٤). وينبغي مراعاة وزن الحصة الغذائية والوسائل المتاحة للمستفيدين لنقلها إلى منازلهم عند تحديد تواتر عمليات التوزيع. وقد يلزم اتخاذ تدابير خاصة لكي يتمكن كبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة من تسلّم مستحقاتهم. ويمكن لأفراد آخرين في المجتمع المحلي أن يساعدوهم، ولكن قد يكون من الأسهل نقل الحصص التي توزع أسبوعيا أو مرة كل أسبوعين على نقل الحصص التي توزع مرة في الشهر. غير أن محاولات استهداف فئات المستضعفين يجب ألا تزيد من الوصم الذي تعاني منه هذه الفئات أصلاً. وقد يطرح ذلك مشكلة خاصة بين السكان الذين تحسب بينهم أعداد كبيرة من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (انظر مبدأ الحماية رقم ٤، والملاحظات الإرشادية ١ و٩-١١ في الصفحتين ٣٩ و٤٠).

٤- ***أساليب توزيع الحصص الغذائية "الطازجة"***: يمكن أن تتخذ عملية التوزيع العام للحصص الغذائية، في حالات استثنائية، شكل وجبات مطبوخة أو أغذية جاهزة للأكل، وذلك في المرحلة الأولية من حالة الطوارئ الحادة. ويمكن أن تكون هذه الحصص مناسبة عندما يتنقل الناس مثلا، أو إذا كان من شأن انعدام الأمن ونقل المستفيدين حصصهم الغذائية إلى منازلهم، أن يعرضهم للسرقة أو العنف، وعندما يؤدي ارتفاع التعسف أو الضرائب إلى استثناء السكان المستضعفين، وعندما يؤدي نزوح السكان بأعداد كبيرة إلى فقدانهم لموجوداتهم (معدات الطهي و/أو الوقود) أو إضعافهم إلى حد يتعذر عليهم معه طهي طعامهم بأنفسهم، أو يقوم القادة المحليون باختلاس الحصص الغذائية، أو لاعتبارات بيئية (مثل حماية بيئة معرضة للخطر عن طريق تفادي جمع الحطب). ويمكن استعمال الوجبات المدرسية والحوافز الغذائية المخصصة للعاملين التربويين، كآلية للتوزيع في حالات الطوارئ (انظر الحد الأدنى لمعايير التعليم في حالات الطوارئ من الآيني).



٥- ***مراكز التوزيع والسفر***: ينبغي اختيار مواقع إقامة مراكز التوزيع لما توفره من أمن وراحة لمتلقيي المعونة، وليس لتسهيل عمل المنظمة المعنية بالتوزيع من حيث وسائل النقل والإمداد المتاحة (انظر مبدأ الحماية رقم ٣، والملاحظات الإرشادية ٦-٩ في الصفحة رقم ٣٧). وينبغي أن يؤخذ في الاعتبار موقع المنطقة وقرب المركز من مصادر الدعم الأخرى (كالماء الصالح للشرب والمراحيض والخدمات الطبية والظل والمأوى والأماكن المأمونة للنساء). وينبغي تفادي وضع مراكز التوزيع

في مناطق تدفع الناس إلى عبور نقاط تفتيش عسكرية أو مسلحة أو تجبرهم على دفع مقابل لضمان مرورهم الآمن للوصول إليها. وينبغي، عند تحديد تواتر عمليات التوزيع وعدد مراكز التوزيع، مراعاة الوقت الذي يقضيه من يتلقون المساعدة في الانتقال إلى مراكز التوزيع ومنها، فضلا عن وسائط النقل المتاحة وتكلفتها. وينبغي أن يتمكن المستفيدون من الذهاب إلى مراكز التوزيع والعودة منها في غضون يوم واحد. كما ينبغي استنباط وسائل أخرى لتوزيع الأغذية بحيث تشمل من لا يستطيعون الوصول إلى مراكز التوزيع والأشخاص المعزولين (كالأشخاص الذين يعانون من صعوبة في التنقل). ويبلغ متوسط سرعة السير ٥ كيلومترات في الساعة، غير أن هذه السرعة تتناقص عندما تكون التضاريس صعبة أو الأرض منحدرة. كما تتغير هذه السرعة مع تغيّر السن والقدرة على الحركة. ويمثل الوصول إلى مراكز التوزيع مصدر قلق شائع لدى السكان المهمشين والمبعدين في حالات الكوارث. وينبغي تحديد أوقات التوزيع بحيث تحد من انقطاع وتيرة الأنشطة اليومية بقدر المستطاع وتسمح بالانتقال إلى مراكز التوزيع خلال ساعات النهار من أجل حماية المستفيدين وتفادي مبيتهم، حيث يمكن أن يستتبع ذلك مخاطر إضافية (انظر معيار الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١).

٦- ***الحد من المخاطر الأمنية***: يمكن أن يثير توزيع المواد الغذائية مخاطر أمنية تشمل خطر سرقتها واحتمال تأجيج العنف. ويمكن أن يشتد التوتر بشكل ملموس خلال عمليات التوزيع. وقد يتعذر على النساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة الحصول على حصتهم، أو قد تؤخذ منهم عنوة. وعليه، يجب تقدير هذه المخاطر مسبقا واتخاذ الإجراءات المناسبة للحد منها. وينبغي أن تشمل هذه الإجراءات إشراف موظفين مدرَبين على عمليات التوزيع بشكل مناسب، وحراسة السكان المنكوبين لمراكز التوزيع بأنفسهم؛ ويمكن التماس مساعدة الشرطة المحلية حيثما كان ذلك مناسباً. ومن شأن التخطيط الدقيق لشكل الموقع في مراكز التوزيع أن يسّهل مراقبة الحشود وأن يقلل من المخاطر الأمنية. كما يلزم اتخاذ تدابير محددة لتفادي العنف الجنساني، بما في ذلك الاستغلال الجنسي المرتبط بتوزيع المواد الغذائية ومراقبته ومكافحته. وتشمل هذه التدابير الفصل بين الرجال والنساء عن طريق إقامة حواجز فعلية أو تحديد أوقات مختلفة لتوزيع الحصص الغذائية، وإطلاع كل فرق التوزيع على السلوك المناسب الذي ينبغي اتباعه والعقوبات التي تفرض على الاعتداءات الجنسية، وتعيين نساء «حارسات» تشرفن على تفريغ المواد الغذائية وتسجيلها وتوزيعها وعلى مرحلة ما بعد التوزيع (انظر أيضا الملاحظة الإرشادية ٥ ومبدأ الحماية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٤).

٧- ***نشر المعلومات***: ينبغي إحاطة المستفيدين علما بالآتي:

- نوع الحصة التي يراد توزيعها وجودتها وأسباب أي خروج عن المعايير القائمة؛ وينبغي نشر المعلومات الخاصة بالصحة الغذائية بسرعة في مراكز التوزيع في صيغة يسهل فهمها على من لا يجيدون القراءة أو الذين يعانون من صعوبة في الاتصال (أي كتابتها باللغة المحلية أو رسمها أو نشرها شفهيا) بحيث يكون الناس على علم باستحقاقاتهم.
- خطة التوزيع (اليوم، الوقت، المكان، التواتر) والتغييرات المتوقعة؛
- النوعية الغذائية للطعام، والعناية الخاصة التي يجب أن يوليها المستفيدون لحماية قيمته التغذوية إذا لزم الأمر.

- متطلبات المناولة السليمة للأغذية واستعمالها بشكل سليم.
- معلومات محددة لتأمين أمثل استعمال ممكن للأغذية من أجل الأطفال (انظر معياري تغذية الرضع وصغار الأطفال ١ و٢ في الصفحات ١٥١-١٥٣).
- الطرق المناسبة التي يمكن أن يحصل المستفيدون عن طريقها على المزيد من المعلومات عن البرنامج وإجراءات رفع الشكاوى (انظر المعيار الأساسي رقم ١، الملاحظات الإرشادية ٤-٦ في الصفحة رقم ٥٣).

٨- ***التغييرات في البرنامج:*** إذا لزم تغيير السلة الغذائية أو مستوى الحصص الغذائية بسبب نقص المعونة الغذائية، فلا بد من إحاطة المستفيدين علما بذلك عن طريق اللجان المسؤولة عن التوزيع وقادة المجتمع المحلي والمنظمات التي تمثلهم. وينبغي الاتفاق على ما ينبغي اتخاذه من إجراءات بصورة مشتركة قبل الشروع في التوزيع. وينبغي أن تحيط اللجنة المسؤولة عن التوزيع السكان علما بالتغييرات وسببها ومتى سيجري استئناف توزيع الحصص الاعتيادية. وقد يلزم مراعاة الخيارات التالية:

- تقليل الحصة الغذائية للمتلقين جميعا (كتوزيع حصة متساوية من المواد المتاحة أو تخفيض كمية السلة الغذائية)
- توزيع حصص كاملة للأفراد المستضعفين وحصص مخفضة للسكان عموما
- تأجيل عملية التوزيع كحل أخير.

وإذا تعذر توزيع الحصص المخططة، لا يجري تصحيح النقص بالضرورة في عمليات التوزيع اللاحقة (أي قد لا يكون من المناسب توزيع الحصص بشكل ارتجاعي).

٩- ***الرصد والتقييم***: ينبغي الاضطلاع بمتابعة عمليات توزيع المعونة الغذائية وتقييم نتائجها على كل مستويات سلسلة التموين حتى موقع استهلاكها (انظر المعيار الأساسي رقم ٥ في الصفحة رقم ٦٤). وفي مواقع التوزيع، ينبغي التأكد من أن كل التدابير قد اتخذت قبل الشروع في التوزيع (كالتسجيل والأمن ونشر المعلومات). وينبغي اختيار بعض الحصص، بلا تحديد، التي تستلمها الأسر في مراكز التوزيع ووزنها لقياس دقة عمليات التوزيع وضمان عدلها، كما ينبغي إجراء مقابلات مع مستلمي الحصص الغذائية. ويمكن أن تساعد الزيارات العشوائية للأسر التي تتلقى المعونة الغذائية في المجتمعات المحلية على معرفة ما إذا كانت الحصص الغذائية مقبولة ومفيدة بالفعل، فضلا عن تحديد الناس الذين يفون بالمعايير التي تؤهلهم للحصول على المعونة الغذائية ولكنهم لا يتلقونها. ويمكن لمثل هذه الزيارات أيضا أن تبيّن ما إذا كانت الأسر تتلقى أغذية إضافية والجهة التي توفرها، ولأي غرض تستعمل ومن يستعملها (مثلاُ نتيجة للمصادرة لأغراض عسكرية أو للتجنيد أو الاستغلال الجنسي أو غير ذلك من الأسباب). وينبغي أيضا تحليل وقع توصيل المواد الغذائية على سلامة المستفيدين. كما يستحسن تقدير آثار نظام توزيع الأغذية الأوسع نطاقا، بما في ذلك تبعاته على الدورة الزراعية والأنشطة الزراعية وظروف السوق وتوفر المدخلات الزراعية.



الأمن الغذائي – معيار توصيل المعونة الغذائية رقم ٦ : استعمال المواد الغذائية

ينبغي حفظ المواد الغذائية وتحضيرها واستهلاكها بطريقة سليمة ومناسبة على مستوى العائلة والمجتمع المحلي على السواء.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- حماية المستفيدين من مناولة المواد الغذائية أو استهلاكها بصورة غير مناسبة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- نشر معلومات مناسبة على متلقي المعونة الغذائية عن أهمية المحافظة على نظافة المواد الغذائية، وتشجيع فهم طريقة المحافظة على نظافة الأغذية عند مناولتها (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ينبغي أن يتلقى الموظفون تدريبا على طريقة خزن المواد الغذائية ومناولتها وتحضيرها بشكل مأمون عند توزيع غذاء مطهي، وينبغي أن يفهموا المخاطر الصحية التي يمكن أن تنتج عن اتباع أساليب خاطئة في هذا المجـال (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- استشارة المستفيدين (وإسداء النصح لهم عند الضرورة) فيما يتعلق بخزن المواد الغذائية الموزعة وتحضيرها وطهيها واستهلاكها، وتبعات التوزيع الذي يستهدف المستضعفين ومعالجة المشاكل التي قد تُثار (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ضمان حصول كل عائلة على أواني الطهي المناسبة والوقود والماء الصالح للشرب ومواد المحافظة على النظافة (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٤).
- ينبغي أن تتاح للأفراد العاجزين عن إعداد طعامهم أو تناوله بأنفسهم إمكانية الاستعانة بشخص يضطلع بإعداد طعام مناسب في حينه وإطعامهم إذا لزم الأمر (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- يجب ألا تشكل المواد الغذائية الموزعة خطرا على الصحة.
- توعية المستفيدين بأهمية المحافظة على النظافة عند مناولة الأغذية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- تدريب كل الموظفين على طريقة مناولة الأغذية والمخاطر الناجمة عن أساليب المناولة غير الصحيحة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- حصول العائلات على لوازم ومعدات إعداد الطعام المناسبة والآمنة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤).
- حصول جميع الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة خاصة على خدمات مقدمي الرعاية المتفرغين (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).

الملاحظات الإرشادية

١- ***نظافة المواد الغذائية:*** يمكن أن تؤدي الكوارث إلى اختلال طريقة محافظة الناس الاعتيادية على النظافة. وعليه، فقد يكون من الضروري تشجيع الناس على المحافظة على نظافة الأغذية، ودعم التدابير المنسجمة مع الظروف المحلية وأنماط الأمراض بشكل نشيط، كالتأكيد على أهمية غسل اليدين قبل مناولة المواد الغذائية، وتفادي تلوث الماء، واتخاذ تدابير لمكافحة الحيوانات الضارة، الخ. وينبغي إعلام الناس بأسلوب خزن المواد الغذائية بطريقة سليمة في المنزل. كما ينبغي تزويد مقدمي الرعاية بالمعلومات الخاصة بأمثل استعمال ممكن للموارد المنزلية لتغذية الأطفال، وبالطرق السليمة لإعداد الطعام (انظر معياري النهوض بالنظافة ١ و٢ في الصفحات ٨٦-٨٩). وإذا كان قد تم إقامة مطابخ جماعية لتوفير وجبات جاهزة للسكان المنكوبين، وجب إيلاء اهتمام خاص لاختيار موقع المطبخ مع مراعاة سهولة الوصول إليه والسلامة وظروف النظافة في الموقع، وتوفر الماء الصالح للشرب ولوازم الطهي، وتخصيص أماكن لتناول الطعام.

٢- ***مصادر المعلومات***: يلزم وضع آليات لتبادل المعلومات وجمع ردود فعل المستفيدين، وعلى الأخص النساء (انظر المعيار الأساسي رقم ١، والملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٦). وفيما يتعلق بنشر التعليمات بشأن المواد الغذائية، يمكن اعتبار المدارس والأماكن الآمنة المخصصة للتعليم كأماكن ملائمة لنشرها. كما قد يلزم إعداد صيغ ورسوم بيانية يسهل على الأشخاص الأميين فهمها (انظر المعيار الأساسي رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٤ في الصفحة رقم ٥٣).

٣- ***الوقود والماء الصالح للشرب ولوازم الأسرة***: ينبغي، عند الضرورة، توفير الوقود المناسب أو إعداد برنامج لزراعة الأشجار أو قطعها، مع الإشراف على سلامة النساء والأطفال الذين تقع على عاتقهم مهمة جمع الحطب أساسا (انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٤ في الصفحة رقم ٢٦٢ فيما يتعلق بالمدافئ والوقود). وفيما يتعلق بالحصول على الماء وكميته وجودته ومرافقه، انظر معايير الإمداد بالماء ١-٣ في الصفحات ٩٢-٩٨. وفيما يتعلق بلوازم الطهي وتناول الطعام وحاويات الماء، انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٣ في الصفحة رقم ٢٦١).



٤- ***الاستفادة من مرافق تحويل الأغذية:*** تتيح مرافق تحويل الأغذية، كالمطاحن، للناس إمكانية إعداد الطعام في أفضل شكل يختارونه، كما تتيح لهم التوفير في الوقت الذي يمكن تكريسه لأنشطة إنتاجية أخرى. وتجدر الإشارة إلى أن تحويل الأغذية في المنزل، كالطحن، يمكن أن يقلل من الوقت وكميات الوقود والماء اللازمة للطهي (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٢ في الصفحة رقم ١٧٨).

٥- ***احتياجات خاصة:*** يمكن أن يكون صغار الأطفال وكبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة والمصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من جملة الأشخاص الذين تلزمهم مساعدة خاصة في مجـال التغذية (انظر معيار تغذية الرضع وصغار الأطفال رقم ٢ في الصفحة رقم ١٥٣ والأمن الغذائي– معيار توصيل المواد الغذائية رقم ١، والملاحظات الإرشادية ٥-٧ في الصفحة ١٧٦). وقد يلزم وضع برامج للتوعية أو تقديم دعم ومتابعة إضافيين لدعم بعض الأشخاص ذوي القدرة المحدودة على توفير المواد الغذائية لمعيليهم (كالأهل الذين يعانون من مرض عقلي).

٤-٢- الأمن الغذائي – التحويلات النقدية والقسائم

تمثل النقود والقسائم شكلين من أشكال توفير المعونة. فيمكن بفضل هذه العمليات تزويد السكان بالنقود، في حين تزود القسائم السكان ببطاقات تموين تمكنهم من شراء كميات محددة من سلعة معينة كالمواد الغذائية (قسائم السلع) أو ببطاقات ذات قيمة نقدية محددة (قسائم القيمة). ويقوم التحويلات النقدية والقسائم، بالرغم من اختلاف أهدافهما وشكلهما، على نهج سوقي مشترك يمنح المستفيدين قدرة شرائية.

وتستعمل عمليات التحويلات النقدية والقسائم لتلبية المتطلبات الغذائية وغير الغذائية الأساسية أو لشراء أصول تتيح للسكان استئناف نشاطهم الاقتصادي. ولا تفرض المنح النقدية غير المشروطة (أو التي لم توضع لها أهداف أو «العامة») شروطاً على طريقة استعمال النقود. ولكن، إذا تم تشخيص الحاجات الأساسية في التقديرات، فينتظر أن تُستعمل النقود لتلبية هذه الحاجات. وإذا بينت التقديرات وجود حاجة إلى دعم سبل المعيشة أو الأنشطة الإنتاجية، وجب استعمال النقود لهذا الغرض بالتحديد. وقد تكون المنح النقدية غير المشروطة مناسبة في بداية حالة الطوارئ. وتشترط المنح النقدية المشروطة من المستفيد أن يستعمل النقود لغرض محدد (لشراء المواد الغذائية، الماشية، البذور، الآلات مثلا)، أو الحصول على الخدمات (مثل المطاحن، النقل، الاستفادة من الأسواق والقروض المصرفية). ويمكن أن يكون للقسيمة قيمة نقدية أو قيمة سلعية، ويمكن استعمالها في محال تجارية منتقاة مسبقا، ومع تجار أو مقدمي خدمات محددين أو في المعارض. وينبغي أن يلتزم برنامج القسائم بمعايير القطاع المعني، أي ينبغي أن تلتزم برامج القسائم الغذائية بمعايير الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية ١-٣ و٦ في الصفحات ١٧٣-١٩٠).

ويستلزم اختيار نوع المعونة المناسبة (المواد الغذائية أو النقود أو القسائم النقدية) تحليلا محددا للظروف يضم مردودية التكاليف، والوقع الثانوي على السوق، ومرونة التسليم، واستهداف مخاطر انعدام الأمن والفساد.

الأمن الغذائي – معيار التحويلات النقدية والقسائم رقم ١ : الحصول على السلع والخدمات المتاحة

تعتبر النقود والقسائم وسيلتين لتلبية الحاجات الأساسية ولحماية المعيشة واستئنافها.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي استشارة المستفيدين وممثلي المجتمع المحلي وغيرهم من أصحاب المصلحة الأساسيين وإشراكهم في عمليات التقدير والتصميم والتنفيذ والرصد والتقييم (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٣ و٦ و٧ والمعايير الأساسية ١-٣ في الصفحات ٥١-٥٧).
- ينبغي تقدير وتحليل ما إذا كان بوسع الناس شراء ما يلزمهم في الأسواق المحلية بأسعار تمثل توفيرا في التكاليف بالمقارنة مع أشكال المعونة البديلة، وتحليل سلسلة السوق (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ينبغي اختيار النقود أو القسائم أو تشكيلة من هذين الشكلين من أشكال المعونة استنادا إلى أنسب آليات التسليم والفائدة التي يمكن أن يجنيها السكان المنكوبون والاقتصاد المحلي منها (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣، ٥-٦).
- ينبغي تنفيذ تدابير ترمي إلى تقليل مخاطر التسليم غير المشروع للنقود والقسائم، وانعدام الأمن، والتضخم، واستعمالها بشكل ضار، والآثار السلبية على الفئات الضعيفة. ويلزم إيلاء عناية خاصة لنظم استهداف المستفيدين (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٤ و٧).
- ينبغي مواصلة الرصد لتقدير ما إذا كان النقود أو القسائم أو كيلهما أنسب شكل من أشكال تسليم المعونة، وما إذا كان يلزم إجراء أي تعديلات (انظر الملاحظة الإرشادية ٨).



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يكون السكان المستهدفون جميعا قادرين على تلبية بعض حاجاتهم الغذائية الأساسية وغيرها من الحاجات المعيشية أو كلها (مثل الأصول المنتجة، الصحة، التعليم، وسائل النقل، المأوى، النقل) عن طريق شراء البضاعة من الأسواق المحلية (انظر الملاحظات الإرشادية ١و ٢ و٨).
- ينبغي أن يمثل التحويلات النقدية و/أو القسائم الشكل المفضل لتسليم المعونة لجميع السكان، وعلى الأخص النساء والفئات الضعيفة (انظر الملاحظات الإرشادية ٣-٨).
- ينبغي ألا يستتبع تسليم المعونة نفقات غير اجتماعية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٤ و٨).
- ينبغي ألا يولّد التحويلات النقدية والقسائم حالة من انعدام الأمن (انظر الملاحظات الإرشادية ٣ و٤ و٨).
- ينبغي دعم انتعاش الاقتصاد المحلي بعد الكارثة (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٢ و٨).

الملاحظات الإرشادية

١- ***التحويلات النقدية والقسائم:*** إن التحويلات النقدية والقسائم عبارة عن آلية ترمي إلى تحقيق أهداف مطلوبة، ولا يشكل عملية في حد ذاته. وينبغي إجراء مقارنة دقيقة تبين ما إذا كان التحويلات النقدية و/أو القسائم مناسبا أم لا، وما إذا كان ينبغي استعمال هذه الأداة لوحدها أو مع غيرها من أشكال الاستجابة، كالمعونة العينية. ويمكن اللجوء إلى التحويلات النقدية والقسائم في مختلف مراحل الكارثة. وتجدر الإشارة إلى أن الاستجابة لا ينبغي أن تقوم فقط على الفعالية والتأثير المتوقعين في تلبية حاجات المستفيدين الأساسية أو استعادة سبل المعيشة، بل ينبغي أن تراعي أيضا تقليل مستوى المخاطر المرتبطة بها. وتوفر أداة التحويلات النقدية والقسائم خيارا ومرونة يفوقان ما يمكن أن توفره المعونة العينية، وتمنح المستفيدين شعورا أكبر بالكرامة. كما يمكن أن يولد التحويلات النقدية والقسائم أثرا مضاعفا إيجابيا في الاقتصادات المحلية ينبغي أخذه في الاعتبار في أثناء عمليات التقدير. ويمكن استعمال النقود والقسائم كالآتي:

- المنح النقدية – التسليم المشروط أو غير المشروط للنقود في شكل دفعة واحدة أو عدة دفعات لتلبية مجموعة من الحاجات
- قسائم البضاعة أو القيمة – تسليم قسائم ورقية أو الكترونية لمبادلتها لقاء بضائع محددة أو مجموعة من البضائع حسب قيمة القسيمة
- النقود مقابل العمل – منح النقود كأجر لقاء المشاركة في أنشطة محددة (أنشطة تتطلب عملا بدنيا عادةً).

وينبغي أن تشترك الجهات المعنية المحلية، كالحكومة والسلطات المحلية والهياكل المجتمعية وممثلو المجتمع المحلي والتعاونيات والرابطات والجماعات المحلية والمستفيدون في التخطيط والتنفيذ والرصد. فمن شأن ذلك أن يساعد على ضمان فائدة المعونة واستدامتها. كما ينبغي وضع استراتيجية لإنهاء العملية مع الجهات المعنية اعتبارا من مرحلة تصميم البرنامج فصاعدا.

٢- ***الوقع على الاقتصاد المحلي ونظم السوق:*** عند إجراء تقدير للسوق، ينبغي تحليل الوضع قبل الكارثة وبعدها، وتحليل قدرة السوق التنافسية ومساهمتها في تلبية الحاجات الراهنة. وينبغي أن يبين التحليل أيضا دور مختلف الجهات الفاعلة في السوق، وتوفر البضائع وأسعارها (أصول المعيشة، مواد بناء المآوي، المواد الغذائية وغيرها من البضائع حسب الأهداف)، والطابع الموسمي وإمكانيات استفادة مختلف مجموعات السكان المستضعفين منها ماديا واجتماعيا واقتصاديا. وعادة ما تكون أداة التحويلات النقدية والقسائم مناسبة عندما تكون الأسواق قائمة ويمكن الوصول إليها، وعندما تكون المواد الغذائية وغيرها من المواد الأساسية متاحة بالكميات المطلوبة وبأسعار معقولة. ويمكن لمثل هذه العمليات أن تنّشط الاقتصاد المحلي وأن تسهم في تعجيل الانتعاش وتحقيق استدامته. ويمكن للاستجابة السوقية أن تشجع المشتريات المحلية وأن تحّسن استعمال قدرات عناصر السوق القائمة. ويمكن أن يسبب التحويلات النقدية والقسائم، عندما لا يكون السياق ملائما، تحريفاً في الأسواق وآثار سلبية كالتضخم. ويعد رصد الأسواق ضروريا لفهم وقع النقود والقسائم على الاقتصاد المحلي والناس.

٣- ***آليات التحويلات النقدية والقسائم***: يمكن التحويلات النقدية والقسائم عبر المصارف المحلية والحوانيت والتجار وشركات التحويلات النقدية المحلية وشركات التحويل ومكاتب البريد. ويمكن تسليمها ماديا أو عن طريق تقنيات العمليات المصرفية عبر الهاتف النقال وشبكات الهواتف النقالة. وعادة ما تكون المصارف فعالة ومؤثرة، ولكن قد يصعب على السكان المستضعفين الوصول إليها. وإذا أمكن الاستفادة من خدمات المصارف عن طريق العمليات المصرفية عبر الهاتف النقال مثلا، أمكن أن يمثل هذا الحل خيارا أضمن. ويتطلب اختيار آليات التسليم أجراء تقدير للخيارات والتشاور مع المستفيدين. والمسائل التي ينبغي مراعاتها هي التكاليف التي يتحملها المستفيدون (رسوم مصرفية، الوقت الذي يتطلبه السفر وتكلفته، ووقت الانتظار في مراكز الاستلام)، والتكاليف التي تتحملها المنظمات (أجور الممون وتكاليفه الإدارية، والوقت الذي يمضيه الموظفون في تصريف الأعمال الإدارية، ونقل المستفيدين وحفظ أمنهم وتعليمهم وتدريبهم)، والفعالية والتأثير (الثقة، والثبات والمساءلة والشفافية والرصد والمرونة والرقابة المالية والأمن المالي وإمكانية استفادة السكان المستضعفين). وقد يظل هذا النهج الذي يبدو مكلفا للوهلة الأولى، أنسب آلية لالتحويلات النقدية والقسائم.

٤- ***مراعاة المخاطر***: من جملة المشاغل الشائعة بخصوص المخاطر التي يستتبعها التحويلات النقدية والقسائم، هناك الخوف من أن تسهم هذه العمليات في تضخم الأسعار (مما يؤدي إلى تقليل القدرة الشرائية للسكان المنكوبين وغيرهم)، واستعمال النقود والقسائم لأغراض غير اجتماعية (مثل إدمان الكحول و/أو التبغ)، وتفاوت استفادة النساء والرجال من النقود بالمقارنة مع استفادتهم من الموارد العينية. وتشمل المشاغل الأخرى، ما يمكن أن ينطوي عليه نقل النقود من مخاطر أمنية على الموظفين المنفذين وعلى السكان المنكوبين (انظر معيار الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١) وإن الطابع الجذاب للنقود قد يزيد من الصعوبات التي يواجهها المستفيدون المستهدفون، وقد يزيد من احتمالات سرقتها أو وضع اليد عليها من قبل الجماعات المسلحة. غير أن عمليات توزيع المواد العينية يمكن أن تنطوي بدورها على مخاطر (انظر معياري الأمن الغذائي – توصيل المواد الغذائية ٤ و٥ في الصفحات ١٨١-١٨٥). ويمكن تقليل المخاطر المحيطة بالتحويلات النقدية والقسائم عن طريق حُسن التخطيط وتحليل المخاطر والإدارة. وينبغي اتخاذ القرارات استنادا إلى المشاورات القائمة على أدلة، حيث لا ينبغي أن تؤثر المخاوف التي لا أساس لها من الصحة، على تخطيط البرنامج.



٥- ***تحديد قيمة التحويلات النقدية أو القسائم***: ينبغي أن تعتمد القيمة المحددة لعمليات التحويلات النقدية أو القسائم على السياق. وتُجرى الحسابات بالتنسيق مع المنظمات الأخرى واستنادا إلى أولويات السكان المنكوبين وحاجاتهم، وأسعار السلع الأساسية التي يُتوقع شراؤها في الأسواق المحلية، وأي معونة أخرى تم توفيرها و/أو سيجري توفيرها، والتكاليف الإضافية المرتبطة بذلك (مثل المساعدة على تغطية نفقات سفر الأشخاص ذوي القدرة المحدودة على الحركة)، وأسلوب الدفع وكمية المبالغ المدفوعة وتواتر الدفع وتوقيته حسب المواسم، وأهداف البرنامج، والتحويل (مثل تغطية المتطلبات الغذائية استنادا إلى السلة الغذائية، أو توفير فرص العمل استنادا إلى أجور العمل اليومي). ويمكن أن تؤدي تقلبات الأسعار إلى تقليل نجاح عملية التحويلات النقدية والقسائم. وتعد مرونة الميزانية عنصرا أساسيا في تكييف قيمة التحويل أو إضافة عنصر البضاعة استنادا إلى رصد الأسواق.

٦- ***اختيار التحويلات النقدية أو القسائم:*** يعتمد نوع المعونة المناسب على أهداف البرنامج والسياق المحلي. وقد يكون من المناسب استعمال تشكيلة من المناهج تشمل منهج المعونة العينية ومنهج التقلبات الموسمية. وينبغي أن تسعى الوكالات إلى معرفة ما يراه السكان المنكوبون أنسب شكل من أشكال المعونة عن طريق التشاور معهم (انظر الأمن الغذائي – معيار سبل المعيشة رقم ٢ في الصفحة رقم ٢٠٠).

٧- ***استهداف المستفيدين في برامج التحويلات النقدية والقسائم:*** قد لا تقل التحديات التي تطرحها المعونة العينية والخدمات عن تلك التي يطرحها التحويلات النقدية والقسائم. ولكن، بالنظر إلى جاذبية النقود والقسائم، يلزم إيلاء اهتمام خاص لتقليل أخطاء الاستبعاد والاحتواء. ويمكن بلوغ الناس إما عن طريق الاستهداف المباشر (للعائلات أو السكان المنكوبين)، أو الاستهداف غير المباشر (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١). ويؤثر نوع الجنس في القرارات التي تتخذ بشأن عضو العائلة المسجل لاستلام النقود أو القسيمة، وتلك التي تخص المعونة العينية (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٥ في الصفحة رقم ١٨٥). ويعد التنسيق مع أصحاب المصلحة، بما في ذلك برامج الحكومة المتعلقة بالرعاية والحماية الاجتماعيين التي توفر النقود، أساسيا في مجـال استهداف المستفيدين (كما هو الأمر فيما يتعلق بالتحويلات النقدية).

٨- ***رصد التحويلات النقدية والقسائم:*** يلزم توفير معلومات أساسية إلى جانب الرصد، قبل الشروع في برامج التحويلات النقدية والقسائم، وفي أثنائها وبعدها، مع مراعاة الوقع المباشر وغير المباشر للنقود والقسائم على السوق. وينبغي أن يراعي تغيير الاستجابة التغييرات في السياق وفي حالة السوق. وينبغي أن يشمل الرصد: الأسعار والسلع الأساسية، والآثار المضاعفة في الاقتصاد المحلي وتقلبات الأسعار. والأسئلة الرئيسية التي ينبغي طرحها هي: ما الذي يشتريه الناس بالنقود والقسائم التي توزع عليهم؟ وهل يمكن أن يتلقى الناس النقود وينفقوها بأمان؟ وهل يجري اختلاس النقود والقسائم؟ وهل تؤثر النساء في طريقة إنفاق النقود أو القسائم؟ (انظر المعيار الأساسي رقم ٥ في الصفحة رقم ٦٤).

٤-٣- الأمن الغذائي – سبل المعيشة

تسهم الموارد (أو الأصول) المتاحة للسكان ومدى تضررها من الكارثة، مساهمة كبيرة في تحديد قدرة الناس على استئناف حياتهم ومدى تأثرهم بانعدام الأمن الغذائي. وتضم هذه الموارد رأس المال المالي (كالنقود والقروض والمدخرات)، كما تشمل رأس المال المادي (البيوت والآلات) والطبيعي (الأرض والماء) والبشري (العلم والمهارات) والاجتماعي (الشبكات والمعايير)، والسياسي (النفوذ والسياسة). وتشكل الاستفادة من الأرض وامتلاك وسائل الزراعة عاملا أساسيا للذين ينتجون المواد الغذائية حيث تدعم إنتاجهم. ويمثل الحصول على العمل والاستفادة من الأسواق والخدمات عاملا أساسيا للذين يحتاجون إلى دخل لشراء غذائهم. ويشكل صون الموارد اللازمة لضمان الأمن الغذائي وسبل المعيشة في المستقبل واسترجاعها وتنميتها، أولوية بالنسبة إلى السكان المتضررين من الكارثة.

ويمكن أن تؤدي الاضطرابات السياسية وانعدام الأمن واحتمال نشوب نزاع إلى تقييد الأنشطة المعيشية وإمكانيات الوصول إلى الأسواق تقييدا ملموسا. وقد تضطر العائلات إلى هجر أراضيها وقد تفقد ممتلكاتها، إما بسبب هجرها، أو هدمها، أو مصادرتها من قبل الأطراف المتحاربة.

وتتعلق المعايير الثلاثة بالإنتاج الأولي، وإدرار الدخل والعمالة، والاستفادة من الأسواق، بما في ذلك السلع والخدمات.

الأمن الغذائي – معيار سبل المعيشة رقم ١ : الإنتاج الأولي

ينبغي حماية آليات الإنتاج الأولي ودعمها .

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تقوم عمليات الإغاثة الرامية إلى تعزيز الإنتاج الأولي إلى تقدير سبل المعيشة وتحليل السياق وفهم واضح لمقومات استمرار نظم الإنتاج، بما في ذلك الحصول على مقومات الإنتاج والخدمات اللازمة وتوفرها وطلب السوق (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- لا ينبغي اعتماد تقنيات جديدة ما لم يفهم منتجو المواد الغذائية والمستهلكون المحليون أولا انعكاساتها على نظم الإنتاج المحلي والتقاليد الثقافية والبيئة ويقبلوها (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ينبغي توفير مقومات الإنتاج أو النقود لشراء مجموعة من عناصر الإنتاج، لكي يتمتع المنتجون بمزيد من المرونة في وضع الاستراتيجيات وإدارة الإنتاج وتقليل المخاطر (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ينبغي تسليم عناصر الإنتاج في الوقت المناسب، وينبغي أن تكون مقبولة محليا وأن تلتزم بمعايير الجودة المناسبة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٤ و٥).
- ينبغي توفير عناصر وخدمات الإنتاج بعناية بحيث لا تؤدي إلى ارتفاع درجة تأثر السكان أو تعرضهم للخطر، عبر زيادة التنافس على الموارد الطبيعية النادرة أو تهديد الشبكات الاجتماعية القائمة مثلا (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).
- ينبغي تدريب منتجي الأغذية على تحسين إجراءاتهم الإدارية حيثما أمكن وكان ذلك مناسباً (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٢ و٥ و٦).
- ينبغي شراء عناصر وخدمات الإنتاج محلياً حيثما أمكن، ما لم يؤثر ذلك سلبياً على المنتجين أو الأسواق أو المستهلكين المحليين (انظر الملاحظة الإرشادية ٧).
- ينبغي إجراء عمليات رصد منتظمة لتقدير مدى استعمال المستفيدين لعناصر الإنتاج بشكل مناسب (انظر الملاحظة الإرشادية ٨).



المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تحصل كل العائلات التي جرى تقدير حاجاتها على العناصر اللازمة لحماية الإنتاج الأولي واستئنافه بحيث يصل إلى مستوى ما قبل الكارثة، عند وجود ما يبرر ذلك، ووفقا للتقويم الزراعي (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٦).
- ينبغي توزيع النقود أو القسائم على كل العائلات المستهدفة عندما يعتبر ذلك ممكنا من الناحية العملية، وذلك بسعر السوق فيما يتعلق بعناصر الإنتاج المطلوبة، ومنح العائلات فرصة الانتقاء من بين خيارات المعيشة المتاحة (انظر الملاحظات الإرشادية ٣ و٥ و٧).

الملاحظات الإرشادية

١- ***مقومات استمرار الإنتاج الأولي:*** ينبغي أن تتاح لاستراتيجيات الإنتاج الغذائي فرصة معقولة للتطور والنجاح إذا ما أريد صون مقومات استمرارها (انظر المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية "LEGS" في جزء المراجع والمزيد من المطالعات). ويمكن أن تؤثر مجموعة واسعة من العوامل في ذلك، بما فيها:

- الحصول على موارد طبيعية كافية (أرض زراعية، مراعي، علف، ماء، أنهار، بحيرات، مياه ساحلية، الخ). ينبغي تفادي تعريض التوازن البيئي للخطر عبر الاستغلال المفرط للأراضي الهامشية مثلاً، أو الإفراط في صيد الأسماك، أو تلويث المياه ولا سيما في المناطق المحيطة بالمدن؛
- قد تصبح المهارات والقدرات محدودة حيثما تضررت المجتمعات من المرض تضررا ملموسا، أو حيثما حُرمت فئات محددة من السكان من التعليم والتدريب؛
- توفر العمالة المناسبة استنادا إلى أنماط الإنتاج القائمة ومواسم الأنشطة الزراعية الأساسية وتربية الأحياء المائية؛
- توفر المقومات اللازمة للإنتاج الزراعي وإنتاج الأحياء المائية والحصول عليها.

وربما لم يكن مستوى الإنتاج قبل الكارثة جيدا، ومن شأن محاولة العودة إلى هذا المستوى أن يتعارض مع مبدأ "عدم إلحاق الضرر" (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١).

٢- ***التطورات التكنولوجية***: يمكن أن تضم التقنيات الجديدة أنواعاً محّسنة من المحاصيل أو من فصائل الماشية أو الأسماك، أو أنواعا جديدة من الآلات أو الأسمدة أو الممارسات الإدارية المبتكرة. وينبغي لأنشطة الإنتاج الغذائي أن تعزز الأنماط القائمة بقدر المستطاع و/أو أن تربطها بخطط التنمية الوطنية. ولا ينبغي اعتماد تقنيات جديدة بعد حدوث الكارثة، ما لم يكن قد تم اختبارها محليا سابقاً وثبت أنها مناسبة للمستفيدين وأنهم يقبلونها. وينبغي أن يرافق اعتماد التقنيات الجديدة مشاورات مناسبة على صعيد المجتمع المحلي، فضلا عن توفير المعلومات والتدريب وغير ذلك من أشكال الدعم المناسب. وينبغي تنفيذ ذلك، حيثما أمكن، بالتنسيق مع موفري الخدمات الخصوصيين والحكوميين ومقدمي مقومات الإنتاج، لضمان استمرار الدعم والحصول على التكنولوجيا في المستقبل وتحقيق الديمومة الاقتصادية.

٣- ***تحسين الخيارات***: تقدم بعض عمليات الإغاثة خيارات أكبر للمنتجين، كالنقود أو القروض عوضاً عن (أو بما يكّمل) مقومات الإنتاج، بالإضافة إلى أسواق البذور والماشية التي تعطي المزارعين

فرصة اختيار أنواع البذور أو فصائل الماشية التي تناسبهم، وذلك باستعمال القسائم. وعند دعم الإنتاج، ينبغي دراسة آثاره الممكنة على التغذية، بما في ذلك الحصول على الأغذية الغنية بالمغذيات الدقيقة عن طريق الإنتاج الخاص أو الدخل الذي يدره هذا الإنتاج. ومن شأن توفير العلف للحيوانات خلال فترات الجفاف أن يعود على الرعاة بفائدة غذائية أكبر من تزويدهم بالمعونة الغذائية. وينبغي أن تستند إمكانية التحويلات النقدية للعائلات لتمكينهم من الحصول على مقومات الإنتاج إلى توافر السلع محليا، وإمكانية الوصول إلى الأسواق، ووجود آليات مأمونة وزهيدة التكلفة لتسليم النقود.

٤- ***معونة مناسبة ومقبولة***: من جملة الأمثلة على عناصر الإنتاج نذكر البذور، والآلات، والأسمدة، والماشية، ومعدات صيد الأسماك والصيد، والقروض والتسهيلات الائتمانية، والمعلومات الخاصة بالسوق ووسائط النقل. والبديل لعناصر الإنتاج العينية هو توفير النقود أو القسائم لكي يتمكن الناس من شراء العناصر التي يختارونها. ويجب تحديد وقت توفير عناصر الإنتاج الزراعي والخدمات البيطرية لكي تتوافق مع مواسم الزراعة وتربية الحيوانات. فينبغي توزيع البذور والأدوات قبل موسم الزراعة مثلا. كما ينبغي تصفية الماشية على وجه السرعة أثناء حالات الجفاف قبل أن يرتفع معدل نفوق الماشية، بينما ينبغي أن يعاد تكوين القطعان عندما يكون الانتعاش قد ترسخ، أي بعد موسم الأمطار اللاحق مثلاً.

٥- ***البذور***: ينبغي إعطاء الأولوية لبذور فصائل المحاصيل المستعملة بالفعل محلياً لكي يستطيع المزارعون استعمال معاييرهم الخاصة في مجـال الجودة. وينبغي أن تكون المحاصيل المعروضة هي المحاصيل ذات الأولوية القصوى بالنسبة إلى الموسم القادم. وينبغي أن يوافق المزارعون والخبراء الزراعيون المحليون على أصناف البذور المختارة. وينبغي أن تكون البذور ملائمة للإيكولوجيا الزراعية المحلية وللظروف الإدارية للموظفين أنفسهم، وأن تكون مقاومة للأمراض وأن يجري اختيارها مع مراعاة ما يمكن أن يستتبعه تغير المناخ في المستقبل من كوارث كالفيضانات والجفاف وارتفاع منسوب مياه البحار. وينبغي اختبار البذور المنتَجة خارج المنطقة للتأكد من جودتها وملاءمتها للظروف المحلية. وينبغي أن تعرض على المزارعين مجموعة من أصناف المحاصيل في كل عملية تتضمن توفير البذور لكي يتمكنوا من البت في أنسب الأصناف لنظامهم الزراعي المحدد. وقد تكون البذور الهجينة مناسبة حيثما كانت مألوفة للمزارعين وكانت لهم خبرة في مجـال زراعتها. ولا يمكن معرفة ذلك إلا من خلال التشاور مع السكان. وعند توفير البذور مجاناً، قد يفضل المزارعون البذور الهجينية على الأنواع المحلية، حيث أن سعر الأخيرة مرتفع. كما ينبغي الالتزام بالسياسات الحكومية فيما يتعلق بالبذور الهجينية قبل توزيعها. ولا يجوز توزيع البذور المعدلة جينيا ما لم توافق عليها السلطات المحلية. وفي مثل هذه الحالات، ينبغي أن يكون المزارعون على علم أيضا بأن المعونة تضم بذورا معدلة جينياً.



٦- ***وقع الكارثة على سبل المعيشة في الريف***: قد يتعذر مواصلة الإنتاج الغذائي الأولي في حال نقص الموارد الطبيعية الحيوية (وقد لا يمكن ضمان استمراره في الأجل الطويل إذا كانت الموارد الطبيعية في تناقص أصلاً قبل وقوع الكارثة) أو في حال افتقار بعض السكان إلى الأرض (كالناس الذين لا يملكون أرضا) ومن شأن تشجيع الإنتاج الذي يتطلب قدراً متزايداً (أو مختلفاً) من الموارد الطبيعية المتاحة محليا أن يؤدي إلى تأجيج التوتر بين السكان المحليين والحد بالتالي من إمكانيات الحصول

على الماء وغيره من الموارد الأساسية. وينبغي اتخاذ الحيطة عند توفير الموارد، سواء كانت عينية أو نقدية، بحيث لا تؤدي إلى زيادة المخاطر الأمنية على المتلقين أو إلى تأجيج نزاع (انظر الأمن الغذائي – معيار سبل المعيشة رقم ٢ في الصفحة رقم ٢٠٠ والأمن الغذائي – معيار التحويلات النقدية والقسائم رقم ١ في الصفحة رقم ١٩٣). كما أن توفير عناصر الإنتاج مجاناً يمكن أن يؤدي إلى اختلال آليات الدعم وإعادة التوزيع الاجتماعية التقليدية، وإبعاد القطاع الخاص عن ميدان العمل وتهديد الحصول على مقومات الإنتاج في المستقبل.

٧- ***شراء وسائل الإنتاج محلياً***: ينبغي الحصول على المواد والخدمات اللازمة للإنتاج الغذائي، كالخدمات البيطرية والبذور، عن طريق شبكات التموين المحلية المشروعة والتي يمكن التحقق منها حيثما أمكن. ولدعم القطاع الخاص المحلي، ينبغي استعمال آليات كالنقود أو القسائم، وربط المنتجين الأوليين بالممونين مباشرةً. وعند تخطيط مثل هذه النظم التي تتيح شراء البضائع محليا، ينبغي مراعاة أمر توافر مقومات الإنتاج المناسبة وقدرة الممونين على زيادة التموين، بالنظر إلى احتمالات التضخم (مثلا برفع أسعار المواد النادرة) وجودة عناصر الإنتاج. ولا ينبغي توفير عناصر الإنتاج المستوردة مباشرة إلا عندما يتعذر إيجاد بدائل محلية لها.

٨- ***رصد استفادة السكان من مقومات الإنتاج***: يمكن تقدير مؤشرات عمليات الإنتاج والتصنيع والتوزيع الغذائي، كالمساحة المزروعة، وكمية البذور المزروعة في الهكتار الواحد، والغلة، وعدد النسل في القطعان. ومن المهم أن يجري تحديد كيفية استعمال المنتجين لمقومات الإنتاج (أي التحقق من زراعة البذور بالفعل واستعمال الآلات والأسمدة وشبكات صيد الأسماك ومعداته حسبما كان مقرراً)، أو كيفية إنفاق النقود لشراء عناصر الإنتاج. كما ينبغي استعراض جودة مقومات الإنتاج من حيث الأداء وقبول المنتجين وتفضيلهم لها. ومن المهم عند تقدير طريقة تأثير المشروع في الغذاء المتاح للعائلة، مثل المخزون الغذائي للعائلة، وكمية الطعام المستهلك وجودته، أو كمية المواد الغذائية التي تم بيعها أو منحها. وعندما يرمي المشروع إلى زيادة إنتاج نوع محدد من الأغذية مثل المنتجات الحيوانية أو السمكية أو البقول الغنية بالبروتينات، ينبغي التحقق من استعمال العائلات لهذه المنتجات بالفعل.

الأمن الغذائي – معيار سبل المعيشة رقم ٢ : الدخل والعمالة

عندما يشكل إدرار الدخل والعمالة استراتيجيات معيشية ممكنة، ينبغي أن تتاح للنساء والرجال نفس الفرص المناسبة لكسب الدخل.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تستند القرارات التي تُتخذ بشأن أنشطة إدرار الدخل إلى تقدير للسوق وإلى تحليل ملائم لقدرة العائلات على العمل (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ينبغي أن يستند اختيار نوع الأجور (النقود، القسائم، المواد الغذائية أو تشكيلة منها) إلى تحليل رشيد للقدرات المحلية، والحاجات الفورية، ونظم السوق، وتفضيلات السكان المنكوبين (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).

- ينبغي أن يستند مستوى الأجور إلى الحاجات وأهداف استعادة سبل المعيشة ومعدلات العمالة المحلية (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- ينبغي وضع الإجراءات اللازمة لتأمين محيط سليم وآمن للعمل (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- ينبغي أن تكون المشاريع التي تضم كميات كبيرة من الأموال مصحوبة بتدابير لتفادي اختلاس هذه الأموال و/أو انعدام الأمن (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يكون السكان المستهدفون جميعا قادرين على إدرار الدخل عبر عملهم، وعلى تلبية حاجاتهم الأساسية وغيرها من الحاجات المعيشية.
- ينبغي أن توفر عمليات الإغاثة فرص عمل متساوية للرجال والنساء على السواء، وأن تتفادى التأثير بصورة سلبية في السوق المحلي أو في الأنشطة المعيشية الاعتيادية للسكان (انظر الملاحظة الإرشادية ٧).
- ينبغي أن تكون العائلات على علم بالأجور وأن تفهم أن الأجور تسهم في تحقيق الأمن الغذائي لكل أفراد العائلة (انظر الملاحظة الإرشادية ٨).

الملاحظات الإرشادية

١- ***فائدة المبادرات***: من الضروري إجراء تحليل للسوق قبل تنظيم الأنشطة ولتبريرها. وينبغي استعمال الأدوات الموجودة لفهم الأسواق والنظم الاقتصادية (انظر الجزء الخاص بالأسواق في المراجع والمزيد من المطالعات). وينبغي الاستعانة بالموارد البشرية المحلية بأقصى قدر ممكن عند تصميم المشروع واختيار الأنشطة المناسبة. وينبغي مناقشة خيارات بديلة فيما يتعلق ببعض فئات السكان (كالنساء الحوامل والأشخاص ذوي الإعاقة أو كبار السن) ضمن المجموعة المستهدفة. وفي حال وجود أعداد كبيرة من السكان النازحين (اللاجئون أو النازحون داخل بلدانهم)، ينبغي توفير فرص العمل واكتساب المهارات لكل من السكان النازحين والسكان المضيفين. وعند اختيار موقع تنظيم الأنشطة، ينبغي مراعاة احتمالات التعرض إلى الهجوم والأخطار على السلامة (مثل المناطق الملغومة) والمناطق غير الملائمة من الناحية البيئية (كالأراضي المسمومة أو الملوثة، أو المعرضة للفيضانات أو المفرطة الانحدار). (انظر معايير الحماية ١-٣ في الصفحات ٣١-٣٥).

٢- ***تحويل الدخل إلى العائلات ذات القدرة المحدودة على المشاركة***: بينما تستطيع العديد من العائلات الاستفادة من العمالة والأنشطة المدرة للدخل، فأن أثر الكارثة على بعض العائلات قد يمنعها من الاستفادة من هذه الفرص، أو قد تكون الفترة اللازمة لتلقي عوائد مناسبة مفرطة الطول للبعض الآخر. وينبغي التفكير في اتخاذ تدابير تكون بمثابة شبكة أمان، كالتحويلات النقدية و/أو المواد الغذائية بلا شروط، فيما يخص هذه العائلات، ووضع خطة لربط هذه التدابير بنظم الحماية الاجتماعية الموجودة أصلا، أو الدعوة إلى توفير شبكات أمان جديدة عند اللزوم.

٣- ***نوع الأجور***: يمكن أن يتخذ الأجر شكلا نقدياً أو شكل طعام، أو أن يكون مزيجاً من الاثنين. وينبغي أن يمكّن العائلات التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي من تلبية حاجاتها. وبدلا من دفع أجر لقاء العمل المجتمعي، يمكن أن يمثل الأجر حافزا يساعد الناس على الاضطلاع بمهام تعود

عليهم بفائدة مباشرة. كما ينبغي مراعاة حاجات الناس الاستهلاكية، ووقع توزيع النقود أو المواد الغذائية على أي من الحاجات الأساسية الأخرى (الالتحاق بالمدارس، الحصول على خدمات الصحة، الالتزامات الاجتماعية). وينبغي البت في نوع الأجر ومقداره حسب كل حالة، مع مراعاة ما سبق ذكره ومدى توفر الموارد النقدية والغذائية والوقع المحتمل على سوق العمل المحلي.

٤- ***المدفوعات***: لا توجد معايير مقبولة عالمياً لتحديد مستويات الأجور. ولكن، عندما يتخذ الأجر شكل مساهمة عينية ويكون بمثابة تحويل للدخل، ينبغي عندئذ مراعاة قيمة إعادة بيع المواد الغذائية في الأسواق المحلية. وينبغي أن يكون صافي الدخل الذي يحصل عليه الأفراد عبر مشاركتهم في أنشطة البرنامج أكبر من الدخل الذي كانوا سيحصلون عليه لو أمضوا وقتهم في الاضطلاع بأنشطة أخرى. وينطبق ذلك على نظامي الغذاء مقابل العمل والنقود مقابل العمل، وعلى القروض ومساعدات إقامة مشاريع تجارية، الخ. وينبغي أن تحسّن فرص الحصول على الدخل مصادر إدرار الدخل المتاحة، لا أن تحل محلها. ولا ينبغي أن يكون لهذه الأجور وقعاً سلبيا على أسواق العمالة المحلية لما قد يستتبعه من تضخم في معدل الأجور مثلاً، أو تحويل العمالة عن أنشطة أخرى، أو تقويض الخدمات العامة الأساسية.

٥- ***مخاطر محيط العمل***: ينبغي تفادي أوساط العمل الشديدة الخطر عن طريق اعتماد تدابير عملية لتقليل الخطر إلى أدنى حد ممكن أو لمعالجة الجروح، كتنظيم الجلسات الإعلامية وتوزيع لوازم الإسعافات الأولية والملابس الواقية كلما لزم الأمر. وينبغي أن تتناول تلك التدابير أيضاً الحد من خطر التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. وتضم تدابير زيادة السلامة خلال التنقل، تأمين طرق الوصول إلى العمل، وضمان إضاءتها بشكل مناسب، وتوفير المشاعل، واستعمال نظم الإنذار المبكر (التي قد تستعمل الأجراس والصفارات وأجهزة الراديو وغيرها من الأجهزة) ومعايير الأمن، كالسفر ضمن جماعات وتفادي السفر في الليل. ويجب إيلاء عناية خاصة للنساء والفتيات وغيرهم من الأشخاص الذين يمكن أن يتعرضوا للاعتداءات الجنسية. وينبغي التأكد من إطلاع كافة المشاركين على إجراءات الطوارئ وإمكانية استفادتهم من نظم الإنذار المبكر (انظر مبدأي الحماية ١ و٣ في الصفحات ٣١-٣٥).

٦- ***خطر انعدام الأمن واختلاس الأموال***: عادة ما يصاحبِ تسليم الموارد في شكل غذاء أو نقود مقابل العمل (كالقروض أو دفع الأجور مقابل العمل مثلا) مشاغل أمنية لكل من موظفي البرنامج والمستفيدين منه (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٥، والملاحظة الإرشادية ٦ في الصفحة رقم ١٨٨، والأمن الغذائي – معيار التحويلات النقدية والقسائم رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٤ في الصفحة رقم ١٩٥).

٧- ***مسؤوليات الرعاية والمعيشة:*** لا ينبغي أن تؤثر المشاركة في فرص الحصول على دخل في مسؤوليات الأسرة في مجـال رعاية الطفل أو غيرها من المسؤوليات، حيث يمكن أن يستتبع ذلك زيادة احتمالات سوء التغذية وغيرها من المخاطر الصحية. وقد يلزم التفكير في الاستعانة بمقدمي الرعاية، أو توفير مرافق للرعاية في إطار البرامج. وقد لا يكون من المناسب زيادة عبء العمل الأصلي للناس، ولا سيما النساء. ولا ينبغي أن تؤثر البرامج بصورة سلبية في الاستفادة من فرص العمل أو التعليم الأخرى، أو تحويل موارد الأسرة عن الأنشطة الإنتاجية القائمة أصلاً. وينبغي أن تلتزم المشاركة في الأنشطة المدرة للدخل بالقوانين الوطنية الخاصة بالحد الأدنى لسن القبول في العمل، الذي لا يقل عادة عن سن إكمال التعليم الإلزامي.

٨- ***استعمال الأجر***: الأجر العادل هو الدخل الذي يسهم في تغطية جزء مهم من الموارد اللازمة لضمان الأمن الغذائي. وينبغي فهم طريقة إدارة العائلات للمعونة النقدية أو الغذائية (بما في ذلك توزيعها داخل الأسرة واستعمالها النهائي)، إذ يمكن أن تسهم طريقة توزيعها إما في تهدئة التوترات القائمة أو تأجيجها والتأثير بالتالي في الأمن الغذائي لأفراد العائلة بصورة متفاوتة. وعادة ما يكون لعمليات الإغاثة المدرة للدخل وفرص العمل أهدافاً متعددة في ميدان الأمن الغذائي، بما في ذلك الموارد المجتمعية التي تؤثر في الأمن الغذائي. فمن شأن ترميم الطرق مثلا، أن يحّسن إمكانيات الوصول إلى الأسواق والحصول على الرعاية الصحية، بينما يمكن أن يسهم ترميم أو بناء شبكات الماء والري في تحسين الإنتاجية.

الأمن الغذائي : معيار سبل المعيشة رقم ٣ : الاستفادة من الأسواق

ينبغي ضمان استفادة السكان المنكوبين بشكل آمن من سلع السوق وخدماتها كمنتجين ومستهلكين وتجار، وتشجيع ذلك .

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- حماية الأسواق التي تطبق أسعارا معقولة للمنتجين والمستهلكين والتجار وتعزيز الاستفادة منها (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي أن تستند عمليات الإغاثة الرامية إلى تحقيق الأمن الغذائي وتأمين سبل المعيشة إلى فهم واضح لما إذا كان نشاط الأسواق المحلية مستمرا أم منقطعا، فضلا عن إمكانية تعزيزه (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ينبغي أن تستند الدعوة إلى إجراء تحسينات وتغييرات في السياسة إلى تحليل للسوق يُجرى قبل كل عملية من عمليات الإغاثة (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ينبغي اتخاذ خطوات لتشجيع استفادة السكان المستضعفين من الأسواق ودعمهم (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- ينبغي الحد من الآثار السلبية التي قد تستتبع عمليات تحقيق الأمن الغذائي، كشراء الأغذية وتوزيعها على الأسواق المحلية (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- ينبغي تقليل الآثار السلبية للتقلبات الفصلية الحادة أو غيرها من تقلبات الأسعار غير الطبيعية إلى أدنى حد ممكن (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يكون الهدف من عمليات الإغاثة دعم انتعاش الأسواق إما عبر التدخل المباشر أو عن طريق تشجيع التجار المحليين عبر برامج توزيع النقود أو القسائم.

- ينبغي أن يكون لكل السكان المستهدفين إمكانية الاستفادة من بضائع السوق وخدماتها وشبكاتها خلال مدة تنفيذ البرنامج.

الملاحظات الإرشادية

١- ***العرض والطلب في الأسواق:*** تؤثر القوة الشرائية، وأسعار السوق، وتوفر السلع، في إمكانيات الاستفادة منها اقتصاديا. وتعتمد أسعار السوق المعقولة على العلاقة بين تلبية الحاجات الأساسية (بما فيها المواد الغذائية ومقومات الإنتاج الزراعي الأساسية كالبذور والآلات والرعاية الصحية وما إلى ذلك) ومصادر الدخل (كالمحاصيل النقدية والماشية والأجور وما إلى ذلك). ويحدث تآكل الممتلكات، عندما يجبر تدهور الأسواق الناس على بيعها (بأسعار زهيدة في معظم الأحيان) لشراء المواد الأساسية التي تلزمهم (بأسعار مضخمة). ويمكن أن يؤثر المحيط السياسي والأمني والاعتبارات الثقافية أو الدينية أيضا في الوصول إلى الأسواق، ولا سيما بالنسبة إلى بعض فئات السكان كالأقليات.

٢- ***تحليل الأسواق***: ينبغي التفكير في وصول جميع الفئات المنكوبة، بما فيها الفئات المعرضة للخطر، إلى الأسواق التي لم ينقطع فيها العمل. وينبغي لكل عمليات الإغاثة التي يُدفع فيها أجر في شكل نقدي أو في شكل قسائم أو غذاء، أو التي توفر مدخلات أن تبدأ بتحليل للسوق فيما يتعلق بالسلعة التي يراد توفيرها. كما ينبغي دعم المنتجين المحليين عن طريق شراء فوائضهم وتشخيص الآثار السلبية المحتملة في الوقت ذاته. ويُرجح أن يؤدي استيراد المواد إلى تخفيض الأسعار المحلية (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٧ في الصفحة رقم ١٤٦).

٣- ***مناشدة الحكومات***: تشكل الأسواق جزءاً من الاقتصادات الوطنية والعالمية واسعة النطاق التي تؤثر في ظروف السوق المحلية. فتؤثر السياسات الحكومية مثلاً، بما فيها سياسات تحديد الأسعار والتجارة، في الاستفادة من الأسواق وتوافر السلع. وبالرغم من أن العمليات التي تنفذ على هذا المستوى تخرج عن نطاق الاستجابة للكوارث، فمن المهم تحليل هذه العوامل، إذ يمكن أن تقدم فرصا لاتباع نهج مشترك بين المنظمات أو لمناشدة الحكومات وغيرها من المنظمات المعنية لتحسين الوضع (انظر مبدأ الحماية رقم ٣ في الصفحة رقم ٣٥).

٤- ***السكان المستضعفون***: ينبغي إجراء تحليل للضعف للكشف عن الناس ذوي القدرة المحدودة على الاستفادة من الأسواق وفرص المعيشة. وينبغي توفير إمكانيات الوصول إلى الأسواق لكل من الأشخاص ذوي الإعاقة، والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وكبار السن والنساء اللاتي يتحملن مسؤوليات الرعاية.

٥- ***وقع عمليات الإغاثة***: يمكن أن يسبب شراء المواد الغذائية أو البذور أو غيرها من السلع محلياً تضخما يضر بالمستهلكين ولكنه يفيد المنتجين المحليين. وعلى العكس من ذلك، يمكن أن تؤدي المعونة الغذائية المستوردة إلى تخفيض الأسعار وإحباط الإنتاج المحلي للأغذية، الأمر الذي قد يؤدي إلى تفاقم انعدام الأمن الغذائي. ويمكن أن يكون لتوفير النقود تأثيرا مضاعفا إيجابيا في الاقتصاد المحلي، ولكن يمكن أن يسبب أيضا تضخما في أسعار السلع الأساسية. وينبغي للمسؤولين عن المشتريات أن يتابعوا هذه الآثار وأن يأخذوها في اعتبارهم. كما يؤثر توزيع المواد الغذائية في

القدرة الشرائية للمستفيدين، حيث أنه يمثل شكلاً من تحويل الدخل. ويسهل بيع بعض السلع بسعر جيد بالمقارنة مع سلع أخرى، كالزيت مقارنة مع الأغذية المخلوطة. وتمثل «القوة الشرائية» المرتبطة بغذاء معين أو سلة غذائية معينة عنصرا حاسماً في معرفة ما إذا كانت الأسرة المستفيدة ستتناول هذه المواد الغذائية أو ستبيعها. ويمثل فهم مبيعات الأسر ومشترياتها عنصراً مهماً في تحديد الوقع العام لبرامج توزيع الأغذية.

٦- ***التقلبات الحادة غير الطبيعية في الأسعار الموسمية***: قد تؤثر هذه التقلبات بشكل سلبي في المنتجين الزراعيين الفقراء الذين يضطرون إلى بيع محصولهم في وقت تكون فيه الأسعار في أدنى مستوياتها (بعد الحصاد اعتياديا) أو من يملكون الماشية حيث يضطرون إلى بيعها في أثناء فترات الجفاف. وفي المقابل، يتعذر على المستهلكين الذين لا يملكون سوى دخل محدود، شراء كميات كبيرة من المواد الغذائية لخزنها، فيعمدون إلى شراء كميات صغيرة من المواد الغذائية بشكل متكرر. وبالتالي، فهم مجبرون على شراء الأغذية حتى عندما تكون أسعارها مرتفعة (خلال حالة جفاف مثلاً). ويمكن أن تسهم عمليات الإغاثة في الحد من هذه الآثار عن طريق تحسين شبكات النقل والخزن، وتنويع الإنتاج الغذائي والتحويلات النقدية أو المواد الغذائية في الفترات العصيبة.



المرفق رقم ١

قائمة مرجعية لتقدير حالة الأمن الغذائي وسبل المعيشة

كثيرا ما تُصنف عمليات تقدير حالة الأمن الغذائي السكان المنكوبين في مجموعات معيشية وفقا لمصادر دخلهم أو غذائهم وسبل تأمينه. ويمكن أن يضم هذا التصنيف أيضا تقسيماً للسكان في شكل مجموعات أو شرائح حسب ثرائهم. ومن المهم مقارنة الوضع القائم مع تاريخ الأمن الغذائي قبل الكارثة. ويمكن في هذه الحالة اعتبار ما يُدعى «بالسنوات المتوسطة» كأساس يمكن الانطلاق منه. كما ينبغي مراعاة دور كلا من الرجال والنساء، ودرجات تأثرهم الخاصة، وتبعات ذلك على الأمن الغذائي للعائلة.

وتغطي هذه القائمة المرجعية المجـالات الواسعة التي تؤخذ في الاعتبار عادة عند إجراء تقدير لحالة الأمن الغذائي.

١- الأمن الغذائي للمجموعات المعيشية

- هل توجد مجموعات في المجتمع المحلي تشاطر نفس الاستراتيجيات المعيشة؟ وكيف يمكن تصنيفها وفقا لمصادر غذاءها أو دخلها الأساسية؟

٢- حالة الأمن الغذائي قبل الكارثة (الأساس)

- كيف كانت المجموعات المعيشة تحصل على غذائها أو دخلها قبل الكارثة؟ وما هي مصادر غذاءها ودخلها في سنة متوسطة خلال الماضي القريب؟
- ما هي الاختلافات الفصلية المُسجلة في مختلف مصادر المواد الغذائية والدخل في سنة اعتيادية؟ (قد يكون من المفيد إعداد تقويم فصلي).
- ما هي الاختلافات في الأمن الغذائي المُسجلة من سنة إلى أخرى خلال الأعوام الخمسة أو العشرة الماضية؟ (قد يكون من المفيد رسم جدول زمني أو سرد تاريخ سنوات الخير وسنوات القحط).
- ما هي الموجودات أو المدّخرات أو غيرها من الاحتياطيات التي تملكها مختلف المجموعات المعيشية (كالمخزون الغذائي، النقود المدخرة، الماشية، الاستثمارات، القروض، الديون غير المطالب بها، الخ)؟
- ما الذي تشمله مصروفات الأسرة على مدى أسبوع أو شهر، وما هي النسبة التي تصرفها على كل سلعة؟
- من المسؤول عن إدارة النقود في الأسرة، وما هي المواد التي تصرف عليها هذه النقود؟

- ما هي إمكانيات الوصول إلى أقرب سوق للحصول على المواد الغذائية الأساسية؟ (تُراعى المسافة والأمن وسهولة التنقل وتوفر معلومات عن السوق، الخ)
- ما هي درجة توفر السلع الأساسية، بما فيها المواد الغذائية، وسعرها؟
- ما هو متوسط معدلات التبادل التجاري بين مصادر الدخل الأساسية والمواد الغذائية الذي كان سائداً قبل الكارثة، مثل معدل التبادل التجاري بين الأجور والمواد الغذائية وبين الماشية والمواد الغذائية، الخ؟

٣- الأمن الغذائي خلال الكارثة

- كيف أثّرت الكارثة في مختلف مصادر المواد الغذائية والدخل بالنسبة لكل مجموعة معيشية محددة؟
- كيف أثرت في الأنماط الفصلية الاعتيادية للأمن الغذائي لمختلف المجموعات؟
- كيف أثرت في إمكانية الوصول إلى الأسواق وفي سعر المواد الغذائية الأساسية وتوفرها؟
- ما هي استراتيجيات مواجهة الأزمات التي تعتمدها مختلف المجموعات المعيشية، وما هي نسبة السكان التي تلجأ إليها؟
- ما هي التغييرات التي شهدها الأمن الغذائي بالمقارنة مع الحالة التي كانت سائدة قبل الكارثة؟
- ما هي مجموعة السكان أو شريحة السكان التي تضررت أكثر من غيرها؟
- ما هي آثار أساليب مواجهة الناس للأزمات في موجودات الناس المالية وغيرها من الأصول في الأجلين القصير والمتوسط؟
- ما هي آثار أساليب مواجهة السكان للأزمات في صحة المجموعات المعيشية وجميع فئات المستضعفين ورفاهها العام وكرامتها؟ وهل هناك مخاطر مرتبطة بأساليب تدبير السكان لأمورهم؟



المرفق رقم ٢

قائمة مرجعية لتقدير مدى تأمين البذور

فيما يلي أسئلة نموذجية لتقدير مدى تأمين البذور

١- قبل الكارثة (الأساس)

- ما هي أهم محاصيل المزارعين؟ ولأي غرض يستعملونها – للاستهلاك أو لتحصيل الدخل أو كليهما؟ وهل تزرع هذه المحاصيل فصلياً؟ وما هي أقل المحاصيل أهمية التي قد تصبح مهمة في حالات التوتر؟
- كيف يحصل المزارعون عادة على البذور أو غيرها من مواد الزراعة فيما يتعلق بهذه المحاصيل؟ (ينبغي مراعاة جميع القنوات).
- ما هي بارامترات بذر كل محصول من المحاصيل المهمة؟ وما هو متوسط المساحة المزروعة؟ ما هي معدلات البذر؟ وما هي معدلات الإنتاج (أي نسبة البذور أو الحبوب المحصودة مقابل البذور المزروعة)؟
- هل توجد أصناف مهمة أو مفضلة من محاصيل محددة؟
- ما هي مدخلات الإنتاج الضرورية لمحاصيل أو أصناف خاصة من المحاصيل؟
- من المسؤول في العائلة عن اتخاذ القرارات وإدارة المحاصيل والتصرف في منتجات المحصول في مختلف مراحل الإنتاج وما بعد الإنتاج؟

٢- بعد الكارثة

- هل يعتبر أي برنامج للمساعدة في مجـال الزراعة قابلا للتحقيق من وجهة نظر المستفيدين؟
- هل يرى المزارعون أن الوضع بات مستقرا ومأمونا بما فيه الكفاية لكي يزرعوا أو يحصدوا أو يبيعوا محصولهم أو يستهلكوه؟
- هل لديهم إمكانية الاستفادة الكافية من الحقول وغيرها من وسائل الإنتاج (الروث، الآلات، حيوانات الجر)؟
- هل هم مستعدون للعودة إلى العمل في مجـال الزراعة؟

٣- تقدير عرض البذور والطلب عليها: المخزون المنزلي

- هل توجد كمية مناسبة من البذور المنتجة في المنزل للبذر؟ ويشمل ذلك البذور المستخلصة من حصاد المزارع، والبذور المتاحة عن طريق الشبكات الاجتماعية (كالجيران مثلا).
- هل يعتبر المحصول محصولا لا يزال المزارعون يرغبون في زرعه؟ وهل هو مكيّف للظروف المحلية؟ وهل لا يزال يوجد طلب عليه؟
- هل لا تزال الأصناف المتاحة بفضل الإنتاج الخاص للمزارِع مناسبة لزراعتها في الفصل المقبل؟ هل تلبي نوعية البذور معايير المزارع الاعتيادية؟

٤- تقدير عرض البذور والطلب عليها: الأسواق المحلية

- هل لا تزال أنشطة الأسواق مستمرة على الرغم من الكارثة (هل تم الاحتفاظ بأيام الأسواق، وهل المزارعون قادرون على التنقل والبيع والشراء بكل حرية؟)
- هل تعد الكميات الحالية من البذور أو الحبوب المتاحة مساوية لكمياتها في ظل ظروف اعتيادية في نفس الوقت خلال الفصول السابقة؟
- هل يمكن الحصول في الأسواق على المحاصيل والأصناف التي يراها المزارعون مناسبة للزراعة؟
- هل تعد أسعار البذور والحبوب السائدة حاليا في الأسواق مساوية لأسعارها في نفس الوقت خلال الفصول السابقة؟ وإذا كان هناك اختلاف في الأسعار، هل يحتمل أن يسبب هذا الاختلاف مشكلة للمزارعين؟



٥- تقدير عرض البذور والطلب عليها: بذور القطاع النظامي

- هل تعتبر المحاصيل والأصناف المعروضة في القطاع النظامي مكيّفة لمناطق مُجهَدة محددة؟ وهل هناك ما يثبت أن المزارعين يفضلونها؟
- هل يمكن أن تلبي كمية البذور المتاحة في القطاع النظامي الحاجة إلى المعونة؟ إذا تعذر تحقيق ذلك، ما هي نسبة احتياجات المزارعين التي يمكن تغطيتها؟

المرفق رقم ٣

قائمة مرجعية لتقدير حالة التغذية

ترد فيما يلي أسئلة نموذجية لإجراء عمليات التقدير. والغرض من هذه الأسئلة هو معرفة الأسباب الكامنة لنقص التغذية ومستوى الخطر التغذوي وإمكانيات مواجهته. وتستند الأسئلة إلى الإطار المفاهيمي لأسباب سوء التغذية (انظر الصفحة رقم ١٤٠). ويمكن الحصول على مثل هذه المعلومات من مجموعة متنوعة من المصادر، ويتطلب جمعها مجموعة متنوعة من أدوات التقدير، بما فيها إجراء مقابلات للحصول على معلومات أساسية، والملاحظة، ودراسة البيانات الثانوية واستعراضها (انظر أيضا المعايير الأساسية ١ و٣ و٤ في الصفحات ٥١-٦١).

الوضع قبل حالة الطوارئ

ما هي المعلومات المتاحة أصلا عن طبيعة نقص التغذية ونطاقه وأسبابه بين السكان المتضررين (انظر معيار تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقم ٢ في الصفحة رقم ١٤٧).

خطر نقص التغذية الراهن

١- خطر نقص التغذية المرتبط بانخفاض إمكانيات الحصول على الأغذية – انظر المرفق رقم ١: قائمة مرجعية لتقدير حالة الأمن الغذائي وسبل المعيشة.

٢- مخاطر نقص التغذية المرتبطة بممارسات تغذية ورعاية الرضع وصغار الأطفال:

- هل تم تسجيل تغيير في العمل والأنماط الاجتماعية (بسبب الهجرة أو النزوح أو النزاع المسلح مثلا) مما يعني أن الأدوار والمسؤوليات في الأسرة قد تغيرت؟
- هل طرأ تغيير في البنية الاعتيادية للعائلة؟ هل هناك أعداد كبيرة من الأطفال المفصولين عن ذويهم؟
- هل تعطلت خدمات الرعاية الاعتيادية (بسبب النزوح مثلا) مما أثر في الحصول على خدمات مقدمي الرعاية الثانويين، والحصول على المواد الغذائية للأطفال وعلى الماء، الخ؟
- هل هناك وِلدان لا يُرضعون رضاعة طبيعية؟ وهل هناك وِلدان تجري تغذيتهم تغذية صناعية؟
- هل يوجد دليل على، أو شك في تدهور ممارسات تغذِية الرضع في حالات الطوارئ، وعلى الأخص أي انخفاض شديد في مباشرة الرضاعة الطبيعية، أو في معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية، وأي زيادة في معدلات التغذية الصناعية و/أو أي زيادة في نسبة الرضع الذين لا يُرضعون رضاعة طبيعية؟
- هل يمكن الحصول على أغذية تكميلية سليمة ومناسبة لعمر الطفل وملائمة من حيث قيمتها الغذائية، وعلى وسائل تحضيرها بطريقة تراعي قواعد النظافة؟

- هل هناك دليل على، أو شك في تنظيم عمليات توزيع عامة لبدائل لبن الأم، مثل اللبن المخصص للرضع وغيرها من منتجات اللبن، أو زجاجات الرضاعة أو الحلمات الصناعية التي تم التبرع بها أو شراؤها؟
- هل ظلت قطعان الماشية في مجتمعات الرعاة بعيدة عن صغار الأطفال لفترة طويلة؟ هل تغيرت إمكانيات الحصول على اللبن عما كانت عليه؟
- هل أثّر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في ممارسات توفير الرعاية على مستوى العائلة؟

٣- احتمالات نقص التغذية المرتبطة بتردي الصحة العامة (انظر الفصل المتعلق بالصحة في الصفحة رقم ٢٧٣)

- هل توجد تقارير تفيد بحالات تفشي الأمراض التي قد تؤثر في الحالة الغذائية، كالحصبة أو أمراض الإسهال الحادة؟ وهل يحتمل أن تتفشى مثل هذه الأمراض؟ (انظر خدمات الصحة الأساسية، معايير مكافحة الأمراض المعدية ١-٣ في الصفحات ٢٩٧-٣٠١).
- ما هي التغطية المقدرة لتطعيم السكان المنكوبين ضد الحصبة؟ (انظر خدمات الصحة الأساسية، معيار صحة الطفل رقم ١ في الصفحة رقم ٣٠٦)
- هل يجري توزيع فيتامين A بشكل منهجي عند التطعيم ضد الحصبة؟ وما هي النسبة المقدرة لحصول السكان على فيتامين A؟
- هل توجد تقديرات لمعدل الوفيات (الخام أو دون سن خمس سنوات)؟ ما هي هذه المعدلات وما هو الأسلوب المتبع في تقديرها؟ (انظر معيار خدمات الصحة الأساسية رقم ١ في الصفحة رقم ٢٩٤).
- هل انخفضت درجات الحرارة السائدة انخفاضا ملحوظا، أو من المتوقع أن تنخفض بشكل من شأنه أن يؤثر في انتشار الأمراض التنفسية الحادة وفي احتياجات السكان المنكوبين إلى الطاقة؟
- هل ينتشر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على نطاق واسع؟
- هل بات السكان بالفعل عرضة لسوء التغذية نتيجة للفقر أو لاعتلال صحتهم؟
- هل هناك اكتظاظ كبير في السكان أو خطر تفشي السل الرئوي أو ارتفاع عدد المصابين به؟
- هل هناك ارتفاع في حالات الملاريا؟
- هل مكث الناس في الماء أو في ملابس مبلولة، أو تعرضوا لظروف جوية قاسية لفترات طويلة؟



٤- ما هي الهياكل الرسمية وغير الرسمية المحلية القائمة حاليا والتي يمكن تمرير المعونات عبرها؟

- ما هي قدرات وزارة الصحة أو المنظمات الدينية أو مجموعات الدعم المجتمعية أو مجموعات تعزيز تغذية الرضع أو المنظمات غير الحكومية التي لها حضور طويل أو قصير الأجل في الميدان؟
- ما هي عملية المعونة الغذائية أو المساعدة ضمن المجتمعات المحلية التي كانت قائمة أصلا قبل وقوع الكارثة الحالية والتي كانت مُنّظمة من قبل المجتمعات المحلية والأفراد والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الحكومية ووكالات الأمم المتحدة والمؤسسات الدينية وغيرها من الجهات؟ وما هي سياسات التغذية (الماضية والجارية والمنصرمة)، وعمليات المعونة الغذائية المخططة والطويلة الأجل، والبرامج التي تم تنفيذها أو تخطيطها استجابة للوضع الراهن؟

المرفق رقم ٤

قياس سوء التغذية الحاد

قد يلزم، في حالات الطوارئ الغذائية الكبرى، ضم الأطفال الذين يقل سنهم عن ٦ أشهر، والنساء الحوامل والمرضعات، والأطفال الأكبر سنا، والمراهقين، والبالغين أو كبار السن، في تقديرات الحالة الغذائية أو برامج التغذية.

وينبغي إجراء استقصاءات بشأن فئات الأعمار خلاف الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهرا في الحالات التالية فقط:

إذا أجري تحليل متعمق للوضع، بما في ذلك تحليل لأسباب سوء التغذية. وإذا تبين من نتائج هذا التحليل أن الوضع الغذائي لصغار الأطفال لا يعكس الحالة الغذائية للسكان بصورة عامة، وجب في هذه الحالة فقط إجراء مسح خاص بالحالة الغذائية لفئة عمرية مختلفة

- وجود خبرة تقنية تضمن اتباع أسلوب مرتفع الجودة لجمع البيانات وتحليلها وعرضها بشكل صحيح وتفسير النتائج
- تم مراعاة الموارد وتكاليف ضم فئات عمرية أخرى في عملية المسح
- صياغة أهداف واضحة وموّثقة لعملية المسح.

الرُضّع دون سن ستة أشهر

إن البحوث مستمرة فيما يتعلق بهذه الفئة العمرية، وتظل قاعدة الأدلة اللازمة للتقدير والإدارة محدودة حالياً. وتوصي معظم الإرشادات بتطبيق تعريف قياسات الجسم لسوء التغذية الحاد لدى الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهراً على الرضع أيضا (باستثناء قياس محيط منتصف العضد، الذي لا ينصح باستعماله حاليا فيما يتعلق بالأطفال دون سن ٦ أشهر). وتركز معايير القبول في مراكز العلاج على الحجم الحالي للطفل بدلا من التركيز على تقديرات النمو. ويؤدي التحول من استعمال مراجع المركز الوطني الأمريكي لإحصائيات الصحة الخاصة بالنمو إلى تطبيق معايير النمو التي وضعتها منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٠٦، إلى تسجيل ارتفاع في عدد الرضع دون سن ٦ أشهر الذين فقدوا بعض الوزن. وينبغي مراعاة تبعات هذا التغيير والتصدي له. ومن جملة القضايا التي قد تُطرح هناك احتمال اصطحاب المزيد من الرُضع إلى برامج التغذية، أو الشكوك التي قد تراود مقدمي الرعاية حول فائدة الاقتصار على الرضاعة الطبيعية. وبالتالي، فمن المهم تقدير ودراسة الآتي:

- النمو الطولي للطفل – هل يُعد معدل النمو جيدا بالرغم من كون حجمِ الجسم صغيرا (قد يمر بعض الرضع بمرحلة «تعويض»بعد أن كان وزنهم عند الولادة منخفضاً)؟

- تقاليد تغذية الرُضّع – هل تقتصر تغذية الرضيع على الرضاعة الطبيعية؟
- الحالة السريرية – هل يعاني الرضيع من أي مضاعفات طبية قابلة للعلاج أو قد تعرضه لخطر كبير؟
- عوامل الأمومة – هل تفتقر الأم مثلا إلى الدعم العائلي، أو هل تعاني من الاكتئاب؟
- ينبغي أن تُمنح أولوية القبول في برامج التغذية العلاجية للرُضع الشديدي التعرض للخطر.

الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهراً

يبين الجدول أدناه المؤشرات الشائعة الاستعمال لقياس مختلف درجات سوء التغذية بين الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهراً. وينبغي حساب مُعامل كتلة الجسم استناداً إلى معايير منظمة الصحة العالمية لسنة ٢٠٠٦ بشأن نمو الطفل. وتُعد نسبة متَوسط مُعامِل كتلة الجسم (وفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية)، المؤشر المفضل للإفادة بنتائج الاستقصاءات الخاصة بقياسات الجسم. ويمثل قياس محيط منتصف العضد معيارا مستقلا لقياس سوء التغذية الحاد وهو من أفضل أساليب التنبؤ بعدد الوفيات. كما يجري التحقيق، عند إجراء الاستقصاءات، في ارتفاع نسبة قياسات محيط منتصف العضد المنخفضة للتنبوء بعدد الحالات التي ستتطلب تغذية تكميلية ورعاية علاجية. والعتبة المستعملة عادة في هذه القياسات هي أصغر من ١١,٥ سم: لسوء التغذية الحاد والشديد، وما بين ١١,٥ وأصغر من ١٢,٥ سم: لسوء التغذية الحاد المعتدل. وكثيرا ما تستعمل هذه القياسات أيضا بتطبيق عتبات أعلى، في إطار فحص يُجرى على مرحلتين. ولا ينبغي استعمال هذه القياسات وحدها في المسوح الخاصة بقياسات الجسم، ولكن يمكن استعمالها وحدها كمعيار لقبول المرضى في برامج التغذية.

	سوء التغذية الحاد الإجمالي	سوء التغذية الحاد المعتدل	سوء التغذية الحاد والشديد
الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩,٩ شهراً	أصغر من – علامتان من علامات الانحراف المعياري لمعامل كتلة الجسم أو أصغر من ١٢,٥ سم لمحيط منتصف العضد و/أو التورم الناجم عن نقص البروتين في المواد الغذائية	ما بين –٣ وأصغر من – علامتان من علامات الانحراف المعياري لمعامل كتلة الجسم أو ما بين ١١,٥ – وأصغر من ١٢,٥ سم لمحيط منتصف العضد	أصغر من – ٣ علامات للانحراف المعياري لمعامل كتلة الجسم أو أصغر من ١١,٥ سم لمحيط منتصف العضد و/أو التورم الناجم عن نقص البروتين في المواد الغذائية



الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٥ سنوات و١٩ سنةَ

يُنصح باستعمال معايير منظمة الصحة العالمية لسنة ٢٠٠٧ الخاصة بقياس النمو لتحديد الحالة الغذائية للأطفال ما بين ٥ سنوات و١٩ سنة. وتمثل منحنيات بيانات النمو المرجعية هذه إعادة تشكيل لمراجع المركز الوطني الأمريكي لإحصائيات الصحة ومنظمة الصحة العالمية لسنة ١٩٧٧، وتتوافق تماما مع معايير منظمة الصحة العالمية الخاصة بنمو الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهراً والعتبات الموصى بها للبالغين. ويمكن التفكير في استعمال قياس محيط الذراع لدى الأطفال والمراهقين، وبالأخص في سياق فيروس نقص المناعة البشرية. ولما كان هذا المجال مجال تقني في تطور مستمر، فمن المهم الرجوع إلى أحدث الإرشادات والمستجدات التقنية.

البالغون (٢٠-٥٩,٩ سنة)

لا يوجد تعريف متفق عليه لسوء التغذية الحاد بين البالغين. غير أن هناك ما يفيد بأن عتبات سوء التغذية الحاد يمكن أن تقل عن ١٦ علامة من علامات الرقم الدليلي لكتلة الجسم، وعن ١٨,٥ علامة فيما يتعلق بسوء التغذية المعتدل والحاد. وينبغي للاستطلاعات الخاصة بسوء التغذية بين البالغين أن ترمي إلى جمع معلومات عن الوزن والطول، والطول أثناء الجلوس، وقياس محيط منتصف العضد. ويمكن استعمال هذه المعلومات لحساب الرقم الدليلي لكتلة الجسم. وينبغي تكييف هذا الرقم مع رقم كورميك الدليلي (وهو نسبة الطول أثناء الجلوس إلى الطول وقوفاً) لإجراء مقارنات بين مختلف المجموعات السكانية. ويمكن لمثل هذه التكييفات أن تغيرّ بشكل ملموس من نقص التغذية الظاهر في البالغين وقد تنطوي على تشعبات مهمة في وضع البرامج. وينبغي إجراء قياسات محيط الذراع دائما. حيث أنه إذا لزم الحصول على نتائج فوراً أو إذا كانت الموارد محدودة جداً، أمكن في هذه الحالة أن تعتمد الاستطلاعات على قياسات محيط منتصف العضد وحدها.

إن عدم وجود بيانات معينة وحدود أداء عملية معتمدة، يؤدي إلى تعقيد عملية تفسير نتائج قياسات الجسم، علما بأن هذا التفسير يعد ضروريا لفهم النتائج. وينبغي تفسير هذه النتائج في ضوء معلومات مفصلة خاصة بالسياق العام. وبوسعكم الحصول على إرشادات بشأن التقييم في جزء المراجع والمزيد من المطالعات.

ينبغي أن تضم معايير انتقاء الأفراد المؤهلين لتلقي العلاج الغذائي وأولئك الذين يصرح لهم بترك العلاج، مجموعة من المؤشرات الخاصة بقياسات الجسم والأعراض السريرية (كالضعف وفقدان الوزن مؤخرا) والعوامل الاجتماعية (مثل الحصول على الطعام، ووجود من يقدم الرعاية، والمأوى وما إلى ذلك). وتجدر الإشارة إلى أن التورم الناجم عن نقص البروتين لدى البالغين يمكن أن ينتج عن عدة أسباب غير سوء التغذية. وينبغي للأطباء أن يقيّموا التورم الناجم عن نقص البروتين في المواد الغذائية لدى البالغين لاستبعاد أي أسباب أخرى. وينبغي للمنظمات الإنسانية فرادى أن تبت في المؤشر الذي يحدد أهلية الفرد للحصول على رعاية غذائية، دون إغفال عيوب الرقم الدليلي لكتلة الجسم ونقص المعلومات المتعلقة بقياسات محيط الذراع ووقعها على البرنامج. ولما كان هذا المجال مجال تقني في تطور مستمر، فمن المهم الرجوع إلى أحدث الإرشادات والمستجدات التقنية في هذا المجال.

ويمكن اللجوء إلى قياس محيط منتصف العضد كأداة لفحص النساء الحوامل، باعتباره معيارا لتسجيلهن في برامج التغذية مثلا. فبالنظر إلى احتياجاتهن الغذائية الإضافية، يُرجح أن يصبحن أكثر عرضة للخطر مقارنة مع فئات السكان الأخرى. والواقع أن قياسات محيط منتصف العضد لا تعكس تغييرات ملحوظة خلال فترة الحمل. وقد تبيّن أنه إذا قلّ محيط الذراع عن ٢٠,٧ سم (خطر ملموس) وعن ٢٣ سم (خطر معتدل) فإن ذلك يمكن أن يؤدي إلى تأخر نمو الجنين. وتختلف درجة ذلك الخطر باختلاف البلدان، ويتراوح هذا الاختلاف ما بين ٢١ و٢٣ سم. ويعتبر قياس محيط الذراع الذي يقل عن ٢١ سنتمترا عتبة مناسبة لانتقاء النساء المعرضات للخطر في أثناء حالات الطوارئ.

كبار السن

لا يوجد حالياً أي تعريف متفق عليه لسوء التغذية لدى كبار السن، علما بأن هذه الفئة من السكان يمكن أن تعاني بدورها من سوء التغذية في حالات الطوارئ. وترى منظمة الصحة العالمية أن عتبات الرقم الدليلي لقياس الجسم المستعملة للبالغين يمكن أن تستعمل أيضا لكبار السن الذين تتراوح أعمارهم بين ٦٠ و٦٩ سنة وأكثر. غير أن من الصعب تحقيق قياس دقيق نتيجة لتقوس العمود الفقري لكبار السن وتكدس فقراتهم. ويمكن في مثل هذه الحالات قياس امتداد الذراعين بدلا من قياس الطول، غير أن عامل الضرب المستعمل لقياس الطول يختلف باختلاف السكان. لذا يلزم إجراء تقدير بصري. وقد يكون قياس محيط الذراع أداة مفيدة لقياس سوء التغذية لدى كبار السن، غير أن البحوث بشأن تحديد عتبات مناسبة لقياس سوء التغذية لدى كبار السن لا تزال جارية.

الأشخاص ذوو الإعاقة

لا توجد أي إرشادات حاليا لأخذ قياسات الأفراد الذين يعانون من عجز بدني، وبالتالي فكثيرا ما لا تشملهم الاستطلاعات الخاصة بقياسات الجسم. غير أن التقدير البصري يظل ضروريا. ويمكن أن تقود قياسات محيط الذراع إلى الخطأ حيث يمكن أن تنمو عضلات الذراع لمساعدة الفرد على الحركة. كما أن هناك بدائل عن أساليب قياس الطول النموذجية، تضم قياس امتداد الذراعين أو نصف امتداد الذراعين أو طول الساق السفلي. ولا بد من الإطلاع على آخر اكتشافات البحوث لاختيار أنسب طريقة لتسجيل قياسات الأفراد ذوي الإعاقة الذين لا تناسبهم القياسات الاعتيادية الخاصة بالوزن والطول ومحيط الذراع.



المرفق رقم ٥

قياس وقع نقص المغذيات الدقيقة على الصحة العامة

عندما يُكشف سريريا عن نقص في المغذيات الدقيقة، ينبغي معالجتها فرديا على وجه السرعة. وعادة ما تشير الحالات الفردية لنقص المغذيات الدقيقة إلى انتشار مشكلة نقص المغذيات الدقيقة على مستوى السكان بشكل عام. لذا فأن من المهم قياس وتصنيف نقص المغذيات الدقيقة لدى السكان عموما لتخطيط عمليات الاستجابة ومتابعتها.

وللاختبارات البيوكيميائية ميزة توفير قياسات موضوعية لحالة المغذيات الدقيقة. غير أن جمع العينات البيوكيميائية لإجراء الاختبارات، كثيرا ما يطرح تحديات فيما يتعلق بالنقل وتدريب الموظفين وسلسلة التبريد والقبول أحيانا. كما أن القياسات البيوكيميائية لا تنطوي دائما على الفائدة المرجوة، أي أنها ليست دائما بالحساسية والدقة المتوقعين. ويمكن أن تسجل أيضا اختلافات حسب وقت النهار الذي جمعت خلاله العينات وحسب فصول السنة، كما هو الحال فيما يتعلق بسوء التغذية الحاد. وتُعد مراقبة الجودة أمراً أساسيا، وينبغي إجراؤها دائما عند اختيار المختبر الذي يضطلع بفحص العينات.

وعند تقدير حالة المغذيات الدقيقة، ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار احتمالات الإفراط في تناول الطعام وقلة تناوله على السواء، حيث يكتسي ذلك أهمية خاصة عند استعمال منتجات أو مكملات غذائية عديدة مدّعمة لتوفير المغذيات الدقيقة للسكان المنكوبين.

ويبين الجدول في الصفحة التالية، تصنيف وقع نقص عدد من المغذيات الدقيقة المختارة على الصحة العامة باستعمال مؤشرات متنوعة.

مؤشر نقص المغذيات الدقيقة	فئة العمر المقترح تغطيتها في استطلاعات نقص المغذيات	تعريف مشكلة الصحة العامة	
		حدّة النقص	نسبة شيوعه
نقص فيتامين A			
العشى الليلي (XN)	٢٤-٧١ شهراً	خفيف	> 0 – < 1
		معتدل	≥ 1 – < 5
		حاد	≥ 5
بقع بيتوت (X1B)	٦ أشهر – ٧١ شهرا	لم تذكر	> 0.5
جفاف القرنية/التقرح/تلين القرنية (X2, X3A, X3B)	٦ أشهر – ٧١ شهرا	لم تذكر	> 0.01
جروح القرنية (XS)	٦ أشهر – ٧١ شهرا	لم تذكر	> 0.05
مصل الريتينول (≤ 0.7 µmol/L)	٦ أشهر – ٧١ شهرا	خفيف	≥ 2 – < 10
		معتدل	≥10 – < 20
		حاد	≥ 20
نقص اليود			
تضخم الغدة الدرقية/الدراق (البائن والمحسوس)	الأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة	خفيفة	5.0 – 19.9
		معتدلة	20.0 – 29.9
		حادة	≥ 30.0
متوسط تركيز اليود في البول (ميكروغرام/لتر)	الأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة	حصيلة مفرطة	> 300 [1]
		حصيلة مناسبة	100 – 199[1]
		نقص خفيف	50 – 99[1]
		نقص معتدل	20 – 49[1]
		نقص حاد	< 20[1]
نقص الحديد			
الأنيميا (هيموغلوبين النساء الحوامل، أقل من ١٢ غم/دسيلتر؛ اقل من ١١ غم/دسليتر للأطفال ما بين سن ٦ أشهر و٥٩ شهراً)	النساء والأطفال مابين ٦ أشهر و٥٩ شهرا	خفيف	5 – 20
		معتدل	20 – 40
		حاد	≥ 40



مؤشر نقص المغذيات الدقيقة	فئة العمر المقترح تغطيتها في استطلاعات نقص المغذيات	تعريف مشكلة الصحة العامة	
		حدّة النقص	نسبة شيوعه
البري بري			
أعراض سريرية	السكان إجمالاً	خفيف	≥ 1 case* & < 1%
		معتدل	1 – 4
		حاد	≥ 5
الحصيلة الغذائية (أقل من ٠,٣٣ ملغم/١٠٠٠ سعرة حرارية)	السكان إجمالاً	خفيف	≥ 5
		معتدل	5 – 19
		حاد	20 – 49
وفيات الرُضّع	الرُضع ما بين شهرين و٥ أشهر	خفيف	لم تسجل زيادة في المعدلات
		معتدل	تسجيل زيادة طفيفة في المعدلات
		حاد	تسجيل زيادة ملحوظة في المعدلات
البلغرة١			
الأعراض السريرية (أمراض جلدية) بين فئة العمر التي شملها الاستطلاع	السكان إجمالا أو النساء فوق سن ١٥ سنة	خفيف	≥ 1 case* & < 1%
		معتدل	1 – 4
		حاد	≥ 5
الحصيلة الغذائية من معادلات النياسين أقل من ٥ ملغم في اليوم	السكان إجمالا أو النساء فوق سن ١٥ سنة	خفيف	5 – 19
		معتدل	20 – 49
		حاد	≥ 50
الإسقربوط			
أعراض سريرية	السكان إجمالا	خفيف	≥ 1 case* & < 1%
		معتدل	1 – 4
		حاد	≥ 5

* حالة

[١] للحصول على معلومات عن الاختبارات البيولوجية الكيميائية والحدود الدنيا للصحة العامة، يرجى الإطلاع على أحدث المؤلفات أو استشارة خبير

المرفق رقم ٦

المتطلبات من المغذيات

يمكن استعمال الأرقام التالية للتخطيط في المرحلة الأولى من الكارثة. وينبغي استعمال المتطلبات الدنيا من المغذيات المذكورة في الجدول في الصفحة التالية لتقدير فائدة توزيع الحصص العامة على السكان. وتحسب المتطلبات استنادا إلى الصورة الديمغرافية المفترضة، والافتراضات الخاصة بدرجة الحرارة الخارجية ومستوى نشاط السكان. كما تراعي هذه الحسابات المتطلبات الإضافية للنساء الحوامل والمرضعات. وليس الغرض من تقدير المتطلبات معرفة ما إذا كانت الحصص التكميلية أو العلاجية مفيدة، أو لتقدير الحصص المخصصة لفئات معينة من السكان، كالأشخاص المصابين بالسل أو بفيروس نقص المناعة البشرية.

هناك نقطتان مهمتان لا بد من مراعاتهما قبل الاستعانة بقائمة المتطلبات من المغذيات المذكورة سابقاً. الأولى هي أن متوسط متطلبات الفرد ضمن مجموعات السكان المعنية تشمل متطلبات كل فئات الأعمار ومتطلبات الجنسين. أي أن هذه المتطلبات لا تخص فئة عمر معينة أو جنساً بعينه، وبالتالي ينبغي تفادي استعمالها لتحديد متطلبات فرد بعينه. والنقطة الثانية هي أن هذه المتطلبات تستند إلى تركيبة سكانية.



العنصر المغذي	متوسط متطلبات السكان
الطاقة	٢١٠٠ سعرة
البروتينات	٥٣ غم (١٠٪ من مجموع الطاقة)
الدهون	٤٠ غم (١٧٪ من مجموع الطاقة)
فيتامين A	٥٥٠ وحدة دولية أو بدائل الريتينول*
فيتامين D	٦,١ وحدة دولية
فيتامين E	٨ ملغم مثال آلفا – تيكوفينول
فيتامين K	٤٨,٢ وحدة دولية
فيتامين B1 (الثيامين)	١,١ ملغم
فيتامين B2 (الريبوفلامين)	١,١ ملغم
فيتامين B3 (النياسين)	١٣,٨ ملغم
فيتامين B6 (فيودوكسين)	١,٢ ملغم
فيتامين B12 (كوبالامين)	٢,٢ وحدة دولية
حامض الفوليك	٣٦٣ وحدة دولية مثال DEF
بانتوثينات	٤,٦ ملغم
فيتامين C	٤١,٦ ملغم
الحديد	٣٢ ملغم
اليود	١٣٨ وحدة دولية
الزنك	١٢,٤ ملغم
النحاس	١,١ ملغم
السلينيوم	٢٧,٦ وحدة دولية
الكالسيوم	٩٨٩ ملغم
المغنيزيوم	٢٠١ ملغم

** يعبر عنه باسم الحصيلة الغذائية المرجعية فيما يتعلق بكل المغذيات باستثناء الطاقة والنحاس.*

المرجع: منظمة الأغذية والزراعة/منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٤) المتطلبات من الفيتامينات والمعادن في تغذية الإنسان، الطبعة الثانية. استعمل لحساب المتطلبات من كل الفيتامينات والمعادن باستثناء النحاس، حيث لم يرد ذكر المتطلبات من هذا المعدن في دليل منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية (٢٠٠٤). واقتبست المتطلبات من النحاس من دليل منظمة الصحة العالمية (١٩٩٦)، اقتفاء العناصر في تغذية الإنسان وصحته.

يقدم الجدول التالي مؤشرا لهيكل السكان الإجمالي حسب السن. غير أن من المهم أن نلاحظ أن هذا المؤشر يعتمد على السياق، ويمكن أن يسجل اختلافات كبيرة. فمثلا، أدت هجرة الأجيال المتوسطة العمر من بعض المجتمعات الريفية، إلى ارتفاع كبير في عدد المسنين الذين يعتنون بالأطفال.

فئات العمر	النسبة من السكان
صفر – ٦ أشهر	١,٣٢
٧ أشهر – ١١ شهرا	٠,٩٥
سنة – ٣ سنوات	٦,٥٨
٤ – ٦ سنوات	٦,٤١
٧ – ٩ سنوات	٦,٣٧
١٠ سنوات – ١٨ سنة إناث	٩,٠١
١٠ سنوات – ١٨ سنة ذكور	٩,٥٢
١٩ – ٥٠ سنة إناث	١٧,٤٢
٥١ – ٦٥ سنة إناث	٤,٧٢
١٩ – ٦٥ ذكور	٢٧,٩٠
٦٥ سنة فما فوق إناث	٢,٦٢
٦٥ سنة فما فوق ذكور	٢,١٨
نساء حوامل	٢,٤٠
نساء مرضعات	٢,٦٠

المرجع: الأمم المتحدة (٢٠٠٣)، التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ٢٠٠٢، استقراء السكان حسب الجنس وسنوات العمر الفردية والسنوات التقويمية الفردية من عام ١٩٥٠ حتى عام ٢٠٥٠

ينبغي تكييف احتياجات السكان من الطاقة والبروتينات مع العوامل التالية:

- التركيبة السكانية للجماعة المتضررة، وعلى الأخص نسبة الأطفال دون سن الخامسة ونسبة الإناث فيها
- متوسط وزن البالغين ووزنهم الحالي أو الاعتيادي أو المرغوب
- مستوى النشاط الضروري لضمان حياة منتجة. علماً بأن الاحتياجات ترتفع إذا تعدى مستوى النشاط نشاطاً خفيفاً (أي ١,٦× معدل استهلاك الطاقة في الجسم)
- متوسط درجة الحرارة ونوع المأوى والملابس المتوفرة. إذ أن الاحتياجات الغذائية ترتفع إذا قلّ متوسط درجة الحرارة الخارجية عن ٢٠ درجة مئوية
- الحالة الغذائية والصحية للسكان. ترتفع احتياجات السكان التغذوية إذا كانوا يعانون من سوء التغذية وإذا كانت لديهم احتياجات إضافية لتعويض تأخر النمو. وقد يؤثر انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في متوسط احتياجات السكان (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ١ في الصفحة رقم ١٧٣). ويعتمد البت في تكييف الحصص العامة لتلبية هذه الحاجات على تحليل السياق والتوصيات الدولية الحالية



وإذا تعذر الحصول على مثل هذه المعلومات من التقديرات، وجب استعمال الأرقام الواردة في الجدول أعلاه بوصفها تعبر عن الحد الأدنى من الحاجات.

المراجع والمزيد من المطالعات

المصادر

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com, series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso, E and Cogill, B (2004 rev.), Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no. 7. Washington DC.

Coates, J, Swindale, A and Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access. Indicator Guide. Version 3. FANTA. Washington DC.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.ennonline.net/ife

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva.

International Labour Office (ILO) (1973), Minimum Age Convention No. 138. www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Pejic, J (2001), The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, vol. 83, no. 844, p. 1097. Geneva. www.icrc.org.

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A and Bilinsky, P (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. FANTA. Washington DC.

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12. United National Economic and Social Council (1999). www.unhchr.ch

UNHCR, World Food Programme (WFP), University College London and IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. www.nutval.net/2008/05/download-page.html
WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents. www.who.int/growthref/en/
WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions: www.ibfan.org

المزيد من المطالعات

مراجع خاصة بإجراء التقديرات

التقدير الأولي

IASC (2009), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

تقدير حالة الأمن الغذائي

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. USA.

FANTA-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml
FAO and WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines. Rome.

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.



تقدير مدى تأمين البذور

Longley, C et al (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters, 26, 343–355.

Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

تقدير سبل المعيشة

Jaspers, S and Shoham, J (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI. London.

IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings.

الأسواق

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

استهلاك المواد الغذائية

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. Rome.

المناهج القائمة على المشاركة

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.

نظم المعلومات الخاصة بحالة التغذية والأمن الغذائي

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1.

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org

Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2. ODI. London.

تقديرات قياسات الجسم

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London

Young, H and Jaspars, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

التقديرات المتعلقة بالمغذيات الدقيقة

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva

تقدير تغذية الرضع وصغار الأطفال

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. www.ennonline.net/resources

تغذية الرضع وصغار الأطفال



IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. www.ennonline.net/ife

UNICEF and WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva.

UNHCR (2009), Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. www.ennonline.net/ife

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS, International Food Policy Research Institute (IFPRI), UNICEF and WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendationsfor infant feeding inthe context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva.

عمليات تحقيق الأمن الغذائي

مراجع عامة

Barrett, C and Maxwell, D (2005), Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

استهداف المستفيدين وتوزيع الأغذية

Jaspars, S and Young, H (1995), General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome.

WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.

إدارة سلسلة التموين، وجودة الغذاء وسلامته

CARE, Food Resource Management handbook.

Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), Catalogue and Standard Operating Procedures. www.unhrd.org

WFP (2010), Food Quality Control: http://foodquality.wfp.org

WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP. Chatham, UK and Rome.

World Vision International, World Vision Food Resource Manual. Second edition.

World Vision International, Food Monitors Manual.

عمليات التحويلات النقدية والقسائم

Action contre la faim (2007), Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers. Paris.

Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

عمليات توفير البذور

Catholic Relief Services (CRS) (2002), Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS, incollaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS. Rome.

أدلة التغذية في حالات الطوارئ

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris.

UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.



السكان المستضعفون

.FANTA and WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV

FAO and WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

HelpAge International (2001), Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. www.helpage.org/publications

HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities.

Winstock, A (1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.

إدارة سوء التغذية الحاد

ENN, CIHD and ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes.

ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources

FANTA-2 (2008), Training guide for community based management of acute malnutrition.

Navarro-Colorado, C, Mason, F and Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C and Shoham, J (forthcoming), Supplementary feeding minimum reporting package.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.

WHO, WFP, UNSCN and UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

نقص المغذيات الدقيقة

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

UNICEF, UNU and WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999),Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO and UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

المعايير الدنيا في مجال المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية



كيفية استعمال هذا الفصل

ينقسم هذا الفصل إلى جزأين رئيسيين هما:

المأوى والمستوطنات البشرية

اللوازم غير الغذائية: الملابس والأفرشة وعُدّة المنزل.

يقدم الجزءان معايير عامة يمكن تطبيقها في مختلف عمليات الإغاثة المحتملة، من أجل السكان النازحين وغير النازحين على السواء، تشمل توفير مآوٍ عائلية مؤقتة أو انتقالية في مواقع إقامتهم الأصلية؛ أو إتاحة فرصة عودتهم إلى منازلهم المرممة؛ أو استقبال المنكوبين في عائلات مضيفة؛ أو إقامة مستوطنات بشرية جماعية مؤقتة تضم مخيمات مخططة أو مرتجلة، وإقامة مراكز مشتركة، ومراكز انتقالية أو مراكز للعائدين.

وينبغي مراعاة مبادئ الحماية والمعايير الأساسية دائما عند استعمال هذا الفصل.

لقد وضعت المعايير الدنيا، في المقام الأول، لتوجيه الاستجابة الإنسانية في حالات الكوارث. ويمكن الاستعانة بها أيضا في مجـال التأهب للكوارث وفي مرحلة الانتعاش وإعادة البناء.

ويضم الجزءان العناصر التالية:

- **المعايير الدنيا:** هي معايير نوعية بطبيعتها تحدد مستويات الجودة الدنيا التي يراد بلوغها في عمليات الاستجابة الإنسانية المتعلقة بتوفير المأوى.
- **التدابير الأساسية:** هي أنشطة ومدخلات مقترحة تساعد على الوفاء بالمعايير الدنيا.
- **المؤشرات الأساسية:** هي «علامات» يُسترشد بها لمعرفة ما إذا كان قد تم تحقيق المعيار المطلوب. وتوّفر المؤشرات طريقة لقياس تطبيق التدابير الأساسية ونتائجها والإفادة بها، وترتبط بالمعايير الدنيا وليس بالتدابير الأساسية.
- **الملاحظات الإرشادية:** تضم هذه الملاحظات نقاطاً محددة يستحسن أخذها في الاعتبار عند تطبيق المعايير الدنيا والتدابير الأساسية والمؤشرات الأساسية في مختلف الظروف. وتوفر توجيهات فيما يتعلق بمعالجة صعوبات عملية محددة، وحدود الأداء، وتقدم النصائح بشأن القضايا التي تمثل أولوية. ويمكن أن تتناول هذه الملاحظات أيضا قضايا حساسة ذات علاقة بالمعايير أو المؤشرات وأن تصف المعضلات أو المسائل التي يدور حولها جدل، أو أن تعّوض الثغرات القائمة في المعارف الحالية.

وإذا تعذر تطبيق التدابير والمؤشرات الأساسية، وجب تقييم الآثار السلبية الناجمة عن ذلك على السكان المنكوبين واتخاذ تدابير التخفيف المناسبة.

وترد قائمة مرجعية لتقييم الحاجات يُسترشد بها في تطبيق المعايير عند تخطيط أنشطة الاستجابة ورصدها على حد سواء، بالإضافة إلى قائمة بالمراجع والمزيد من المطالعات، تضم مجموعة مختارة من الأدلة الإرشادية العملية.

قائمة المحتويات




الميثـاق الإنساني
مبادئ الحماية
المعايير الأساسية
المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية
المأوى والمستوطنات البشرية
اللوازم غير الغذائية
المعيار رقم ١
التخطيط الاستراتيجي
المعيار رقم ٢
تخطيط المستوطنات البشرية
المعيار رقم ٣
مساحة مسقوفة للعيش
المعيار رقم ٤
البناء
المعيار رقم ٥
الوقع البيئي
المعيار رقم ١
مواد الدعم الشخصي والعائلي والسكني
المعيار رقم ٢
الملابس والأفرشة
المعيار رقم ٣
أواني الطهي ولوازم تناول الطعام
المعيار رقم ٤
المواقد والوقود والإنارة
المعيار رقم ٥
الأدوات ومواد التثبيت
المرفق رقم ١: قائمة مرجعية لتقدير الحاجات في مجـال المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية
المراجع والمزيد من المطالعات

مقدمة

علاقة هذا الفصل بالميثـاق الإنساني والقانون الدولي

المعايير الدنيا الخاصة بالمأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية هي التعبير العملي عن إيمان الوكالات الإنسانية والتزاماتها المشتركة، وعن المبادئ المشتركة الواردة في الميثـاق الإنساني التي يسترشد بها العمل الإنساني. وتضم هذه المبادئ القائمة على مبدأ الإنسانية والتي ينص عليها القانون الدولي، الحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن، والحق في الحصول على المساعدة الإنسانية استنادا إلى الحاجات. وترد في الملحق رقم ١ (انظر الصفحة رقم ٣٤٠) قائمة مرجعية بأهم الوثائق القانونية والسياسات التي يستند إليها الميثـاق الإنساني مصحوبة بملاحظات توضيحية من أجل العاملين الإنسانيين. إن المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية المرتبطة بها مصطلحات شائعة في ميدان العمل الإنساني تدخل في نطاق الحق في سكن مناسب، المنصوص عليه في قانون حقوق الإنسان.

إن للجميع الحق في سكن مناسب. وهو حق تعترف به الصكوك القانونية الدولية الرئيسية (انظر قسم المراجع والمزيد من المطالعات: الصكوك القانونية الدولية). ويشمل الحق في العيش بأمان وسلام وكرامة، وبعقد إيجار مضمون، بالإضافة إلى الحماية من الطرد والحق في استرجاع المسكن. وتعّرف هذه الصكوك السكن الملائم بأنه تأمين:

- مساحة كافية وحماية مناسبة من البرد أو الرطوبة أو الحر أو المطر أو الريح أو غيرها من العوامل الجوية التي يمكن أن تهدد صحة السكان، وينبغي أن تحميهم أيضا من المخاطر البنيوية ومن نواقل الأمراض
- توافر الخدمات والمرافق والمواد والبنى الأساسية.
- القدرة على تحّمل نفقات السكن، وإمكانية العيش في المسكن والوصول إليه، وموقعه، ومراعاته للعادات المحلية
- الاستفادة من الموارد الطبيعية والمشاعة بشكل يضمن ديمومتها، والحصول على الماء الصالح للشرب، وعلى الطاقة للطهي والتدفئة والإنارة، وعلى مرافق الإصحاح والغسل، ووسائل حفظ الطعام، والتخلص من النفايات، وصرف المياه وخدمات الطوارئ
- أن يتيح الاختيار المناسب لموقع المستوطنات البشرية والمنازل إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية، والوصول إلى المدارس ومراكز رعاية الأطفال وغيرها من المرافق الاجتماعية، وأن يفتح أيضا فرص المعيشة



- أن تتيح أساليب بناء المنازل واستعمال مواد البناء والسياسات التي تشجعها، إمكانية التعبير عن الهوية الثقافية للسكان وتنوع أشكال السكن.

ولا تعبر المعايير الدنيا الواردة في هذا الفصل تعبيراً كاملا عن الحق في سكن مناسب كما تعّرفه الصكوك القانونية الدولية المعنية، بل تعكس المضمون **الجوهري** للحق في سكن مناسب وتسهم في بلوغ هذا الحق بالتدريج.

أهمية المأوى والمسكن واللوازم غير الغذائية في حالات الكوارث

يعتبر المأوى عاملا مهما من عوامل البقاء على قيد الحياة في المراحل الأولى من الكارثة. وإلى جانب كون المأوى ضروريا للبقاء على قيد الحياة، فأنه يوفر الأمن والسلامة الشخصية والحماية من الظروف الجوية، ويُحسّن من قدرة الإنسان على مقاومة المشاكل الصحية والأمراض. كما يعد المأوى مهما لصون الكرامة البشرية، ولتأمين حياة الأسرة والمجتمع المحلي، ولتمكين السكان المتضررين من الإبلال من وقع الكوارث. وينبغي أن تدعم عمليات توفير المأوى والمسكن واللوازم غير الغذائية قدرة المجتمعات المحلية على مواجهة الكوارث، وأن تسهم بأكبر قدر ممكن في تحقيق الاكتفاء الذاتي والإدارة الذاتية. كما ينبغي أن تستعين هذه العمليات بالمهارات والموارد المحلية بأقصى قدر ممكن، على ألا يلحق ذلك آثارا ضارة بالسكان المنكوبين أو الاقتصاد المحلي. كما ينبغي أن تراعي كل عمليات الاستجابة للكوارث المخاطر المعروفة التي تمثلها الكوارث وأن تقلل وقعها السيء على البيئة الطبيعية في الأجل الطويل إلى أدنى حد ممكن، وأن تزيد من فرص محافظة السكان المنكوبين على أنشطتهم المعيشية أو أن تنمّيها بأقصى قدر ممكن.

تُحقق الراحة الحرارية والحماية من آثار المناخ والسلامة الشخصية والكرامة عن طريق تلبية مجموعة من الحاجات على صعيد الأفراد أنفسهم، والمساحة المسقوفة التي يسكنونها، والمكان الذي تقع فيه مساحتهم المسقوفة. وبالمثل يتطلب تلبية هذه الحاجات مجموعة مناسبة من الوسائل لإعداد الطعام وطهيه وتناوله، وتوفير الملابس والمضاجع، ومساحة مسقوفة مناسبة أو مأوى، ووسيلة لتدفئة المكان وتهويته حسب الاقتضاء، فضلا عن الحصول على الخدمات الأساسية.

وتعتمد حاجات السكان المنكوبين بكارثة إلى المأوى والمسكن واللوازم غير الغذائية على نوع الكارثة ونطاقها، ونسبة النازحين منهم. كما تعتمد الاستجابة للكارثة على قدرات السكان النازحين ورغبتهم في العودة إلى موقع سكناهم الأصلي واستعادة قدرتهم على العمل. وإذا تعذر عليهم العودة، أو لم يرغبوا في العودة، لزم تزويدهم بمأوىً مؤقتٍ أو انتقالي واقتراح حلول لإسكانهم (انظر الرسم البياني في الصفحة المقابلة). وتُحدَد الاستجابة المطلوبة بناءً على السِّياق المحلي للكارثة، أي بناءً على ما إذا كانت المنطقة المتضررة ريفية أو حضرية، والمناخ المحلي والظروف البيئية، والوضع السياسي والأمني، وقدرة السكان المتضررين على المساهمة في تلبية حاجاتهم السكنية.

خيارات المأوى والمسكن وأشكال الاستجابة الممكنة

السكان المقيمون قبل الكارثة
المأوى المؤقت أو الدائم

التصنيف النموذجي للمسكن

- امتلاك بيت – شغلها
- امتلاك شقة – شغله
- استئجار بيت
- استئجار شقة
- استئجار الأرض
- شغل مسكن دون مركز قانوني

الكارثة

السكان غير النازحين بعد الكارثة
المأوى المؤقت أو الانتقالي
الترميم أو إعادة البناء

التصنيف النموذجي للمسكن

- امتلاك بيت – شغله
- امتلاك شقة – شغلها
- مستأجر البيت
- مستأجر الشقة
- مستأجر الأرض
- شغل مسكن دون مركز قانوني

السكان النازحون بعد الكارثة
المأوى المؤقت أو الانتقالي

التصنيف النموذجي للمسكن

- مساكن ذاتية مشتتة دون مركز قانوني
- استئجار أرض أو بيت أو شقة لأجل قصير
- استضافة النازحين في أسر
- المراكز الجماعية
- المخيمات المرتجلة غير المخططة
- المخيمات المخططة والمدارة

الحلول الدائمة
إعادة البناء، إعادة الإسكان، إعادة الاحتواء



وفي الظروف الجوية القاسية، حيث يصبح المأوى عنصرا حاسما للبقاء على قيد الحياة، أو حيث يكون السكان المنكوبون عاجزين عن بناء مآوٍ مناسبة نتيجة لنزوحهم، يلزم توفير حلولا سريعة للإيواء كالخيم أو ما شابهها، أو توفير السكن المؤقت في المباني العامة القائمة. وقد يجد السكان النازحون مسكنا لدى الأسر المستضيفة، أو قد يستقرون كعائلات منفردة أو مجموعات من العائلات ضمن المستوطنات البشرية القائمة، أو قد يلزم إيواؤهم بصورة مؤقتة في مخيمات مخططة ومدبرة أو في مراكز جماعية.

ينبغي مساعدة السكان المنكوبين على ترميم أو تكييف المساكن القائمة أو على بناء هياكل جديدة حيثما أمكن. ويمكن أن تشمل هذه المساعدة توفير المواد المناسبة للبناء، والأدوات ولوازم التثبيت، والنقود أو القسائم، والمشورة والتدريب التقنيين أو تشكيلة من كل هذه العناصر. وينبغي توفير الدعم أو المساعدة التقنية للسكان المتضررين الذين لا يتمتعون بالقدرة أو الخبرة اللازمة للاضطلاع بأنشطة البناء. كما ينبغي مراعاة حقوق وحاجات الأشخاص المتأثرين بصورة غير مباشرة من الكارثة، كالسكان المجاورين الذين يستضيفون أولئك الذين نزحوا في أعقاب الكارثة. وحيثما استُعملت المباني العامة، وعلى الأخص المدارس، كموقع للسكن الجماعي، وجب تخطيط وتدبير إعادة الإسكان الآمن للسكان الذين تم إيواؤهم، بأسرع ما يمكن لكي يستأنفوا أنشطتهم الاعتيادية.

وينبغي أن تراعي الاستجابة للكوارث الخطوات التي اتخذها السكان المنكوبون بالفعل لتأمين المأوى المؤقت أو الدائم باستعمال قدراتهم ومواردهم الخاصة. وينبغي لعمليات الإيواء أن تسمح للأسر المنكوبة بتحسين مساكنها و/أو بالانتقال تدريجيا من حلول الإيواء الطارئة إلى حلول أطول أجلا للسكن.

وقد يلزم ترميم المباني العامة التي لحقت بها أضرار أو توفير هياكل مؤقتة تستخدم كمدارس. وقد يلزم توفير مراكز صحية وغيرها من المرافق المجتمعية. وقد يكون إيواء الموجودات المعيشية كالماشية، عنصرا مكملا أساسياً لتوفير المأوى العائلي بالنسبة إلى بعض السكان المنكوبين. ويجب أن تراعي الاستجابة المخاطر ومواطن الضعف الموجودة أصلا فيما يتعلق بالمأوى والمستوطنات البشرية عند اختيار الموقع والتخطيط والتصميم والبناء، بما في ذلك المخاطر ومواطن الضعف التي تفاقمت نتيجة للكارثة أو بسبب وقع تغير المناخ. كما يُعد مراعاة الوقع البيئي لحلول الإسكان وبناء المآوي أمراً أساسياً لتقليل الوقع الطويل الأجل لأي كارثة إلى أدنى حد ممكن.

ويمكن تحسين الاستجابة في مجـال توفير المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية عن طريق تحسين التأهب. وهذا التأهب هو حصيلة قدرات الحكومات والوكالات الإنسانية ومنظمات المجتمع المدني المحلية والمجتمعات والأفراد وعلاقاتهم ومعارفهم فيما يتعلق بالتنبؤ والاستجابة بشكل فعال لوقع مخاطر محتملة وشيكة أو حالية. ويستند التأهب إلى تحليل المخاطر والاستعانة بنظم الإنذار المبكر.

علاقة هذا الفصل بالفصول الأخرى

للعديد من المعايير الواردة في الفصول الأخرى صلة بهذا الفصل. وعليه، فكثيرا ما يؤثر التقدم المحرز في بلوغ المعايير في أحد المجـالات على التقدم المحرز في المجـالات الأخرى، بل ويلعب دوراً حاسماً فيه. ولتحقيق فعالية أي عملية من عمليات الإغاثة، لا بد من التنسيق والتعاون الوثيقين مع مجـالات عمل مشروع «اسفير» الأخرى. فيُعد توفير كميات إضافيةٍ من الماء الصالح للشرب ومرافق الإصحاح في المناطق التي تتلقى مساعدات في مجـال الإيواء، ضرورياً لحماية صحة الأسر المنكوبة وصون كرامتها. وبالمثل، يسهم توفير المأوى الملائم في حفظ صحة الأسر النازحة وراحتها، كما يسهم توفير أواني الطهي والطعام المناسبة في تسهيل استعمال المعونة الغذائية وتلبية المتطلبات الغذائية للسكان. كما يعد التنسيق مع السلطات المحلية وغيرها من منظمات المعونة والمنظمات المجتمعية وتلك التي تمثل فئات معينة من السكان ضروريا لضمان تلبية الحاجات، وتفادي ازدواج الجهود، والتأكد من توفير أفضل مساعدة ممكنة في مجـالات المأوى واللوازم غير الغذائية.

علاقة هذا الفصل بمبادئ الحماية والمعايير الأساسية

إذا أريد الوفاء بالمعايير الواردة في هذا الدليل، كان على كل الوكالات الإنسانية أن تسترشد بمبادئ الحماية، حتى لو لم تكن مهمة تلك الوكالات منصبة على الحماية بالتحديد، أو لم تكن تتمتع بمؤهلات في مجـال الحماية. ولا تعتبر هذه المبادئ «مطلقة»، فمن المعروف أن الظروف قد تحول دون التزام الوكالات بها. غير أنها تعكس الشواغل الإنسانية العامة التي ينبغي أن يسترشد بها العمل الإنساني دائما.

المعايير الأساسية عبارة عن عمليات أساسية ومعايير مشتركة تخص كل مجـالات عمل المشروع والموظفين. وتشمل المعايير الدنيا الجوهرية الستة: الاستجابة الإنسانية التي تراعي قدرات السكان، والتنسيق والتعاون، والتقدير، والتصميم والاستجابة، والأداء والشفافية والتعلم، وأداء العاملين في مجال المعونة. وتوفر هذه المعايير نقطة مرجعية واحدة للنُهُج التي تقوم عليها كل معايير الدليل الأخرى. لذا يتطلب تطبيق كل فصل تقني الرجوع إلى المعايير الأساسية في نفس الوقت لتسهيل تحقيق معاييره الخاصة. ولضمان تحقيق فائدة الاستجابة وجودتها بصفة خاصة، ينبغي إشراك السكان المنكوبين – بمن فيهم أكثر الجماعات والأفراد عرضة للخطر في حالات الكوارث – بأقصى قدر ممكن.



مواطن ضعف السكان المتضررين من الكوارث وقدراتهم

حُرر هذا الجزء ليُقرأ مع المعايير الأساسية ويعززها.

من المهم أن نفهم أن كون الشخص شابا أو مسّناً، امرأة أو شخصاً معاقاً أو مصابا بفيروس الإيدز، لا يجعل منه شخصا ضعيفا أو أكثر عرضة للخطر. بل أن تفاعل العوامل هو الذي يجعل الشخص ضعيفا أو يزيد من إمكانية تعرضه للخطر. فيرجح أن يكون الشخص الذي تجاوز سنه ٧٠ عاما ويعيش بمفرده ويعاني من صحة معتلة، أكثر ضعفا من الشخص الذي له نفس سنه ووضعه الصحي والذي يعيش ضمن أسرة ممتدة ويتمتع بدخل مريح. وبالمثل، تُعد الفتاة التي يبلغ سنها ٣ سنوات أكثر ضعفا بكثير إذا كانت بمفردها عما إذا كانت تعيش في كنف أبوين مسؤولين.

من شأن إجراء تحليل للضعف والقدرات، عند تطبيق معايير المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية وتدابيرها الأساسية، أن يُساعد على ضمان دعم جهود مساعدة الأشخاص الذين يحق لهم الحصول على المساعدة والذين هم في أمس الحاجة إليها، بطريقة عادلة. ويتطلب ذلك فهما متعمقا للسياق المحلي ولمختلف أشكال تأثير أزمة معينة في مجموعة محددة من الأشخاص بمختلف الطرق بسبب مواطن ضعفهم القائمة (كالفقر المدقع أو التعرض للتمييز)، وتعرضهم لمختلف أشكال التهديد (كالعنف الجنساني الذي يشمل الاستغلال الجنسي)، وحالات الإصابة بالأمراض أو انتشارها (مثل فيروس الإيدز أو السل الرئوي)، وإمكانيات تفشي الأوبئة (كالحصبة أو الكوليرا). ويمكن أن تؤدي الكوارث إلى تفاقم الاختلالات القائمة. بيد أن دعم سُبل مواجهة السكان للأزمات وثباتهم وقدرتهم على استئناف حياتهم، يُعد أمرا أساسيا. لذا ينبغي تعزيز معارفهم ومهاراتهم واستراتيجياتهم، ومناصرة حصولهم على الدعم الاجتماعي والقانوني والمالي والنفسي. كما ينبغي التصدي لمختلف العقبات المادية والثقافية والاقتصادية والاجتماعية التي قد يواجهونها للحصول على هذه الخدمات بطريقة منصفة.

وتبرز النقاط التالية بعضا من المجالات الرئيسية التي تضمن مراعاة حقوق وقدرات المستضعفين جميعا:

- تحسين مشاركة السكان بأكبر قدر ممكن وضمان تمثيل كل المجموعات، وبالأخص من هم أقل ظهورا (كالأشخاص الذين يعانون من صعوبة في الكلام أو الحركة، وأولئك الذين يعيشون في مؤسسات، والشباب الموصومين، وغيرها من الفئات قليلة التمثيل أو غير الممثلّة على الإطلاق).
- فرز البيانات حسب الجنس والسن (صفر إلى ٨٠ سنة فما فوق) في أثناء عملية التقييم. حيث يشكل ذلك عنصرا مهما في ضمان مراعاة تنوع السكان بصورة مناسبة.
- ضمان إعلام السكان جمعيا بحقهم في الحصول على معلومات واضحة عن استحقاقاتهم.

المعايير الدنيا

١- المأوى والمستوطنات البشرية

ينبغي مساعدة السكان المتضررين من الكارثة الذين لم ينزحوا، في موقع إقامتهم الأصلي، وذلك بتزويدهم بمأوى عائلي مؤقت أو انتقالي، أو بالموارد اللازمة لترميم أو بناء مأوٍ مناسبة. ويمكن أن تكون المآوي العائلية المنفصلة الموفرة لهؤلاء السكان مؤقتة أو دائمة رهنا بعوامل منها مستوى المساعدة التي يحصل عليها السكان، وحقوق استعمال الأرض أو ملكيتها، ومدى توفر الخدمات الأساسية، وإمكانيات تحسين المنازل القائمة وتوسيعها. وكثيرا ما يفضل السكان النازحون الذين يتعذر عليهم العودة إلى منازلهم الأصلية البقاء مع أفراد العائلة الآخرين أو مع مجتمعات تربطهم بها نفس الأواصر التاريخية والدينية وغيرها من الأواصر، وينبغي مساعدتهم على تحقيق ذلك. وفي حال تعذر توطين السكان بهذه الصورة المشتتة، ينبغي إيواؤهم جماعيا في مأوٍ عامة مؤقتة في مخيمات مخططة أو مرتجلة، إلى جانب المآوي العائلية المؤقتة أو الانتقالية، أو في مبانٍ عامة كبيرة تستعمل كمراكز مشتركة.

معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ١ : التخطيط الاستراتيجي

تسهم استراتيجيات توفير المأوى والمسكن في تحقيق أمن السكان المنكوبين النازحين وغير النازحين وصحتهم وسلامتهم وراحتهم، وتشجّع الانتعاش وإعادة البناء حيثما أمكن.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تقدير وتحليل حاجة السكان المنكوبين إلى المأوى والمسكن بالتشاور مع السلطات المعنية والسكان أنفسهم (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- إعداد خطة لتوفير المأوى والمسكن (بما في ذلك الانتعاش السريع حيثما أمكن) بالتنسيق مع السلطات المعنية ومنظمات الإغاثة والسكان المتضررين (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- منح الأولوية لعودة العائلات المنكوبة إلى مساكنها الأصلية أو إلى موقع سكنها الأصلي، ودعمها حيثما أمكن (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- مساعدة الأشخاص الذين يتعذر عليهم العودة إلى مساكنهم الأصلية أو الذين لا يودون العودة إليها على إيجاد أسر أخرى تستضيفهم، أو إيواؤهم في مستقرات جماعية مؤقتة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤).
- ضمان الحصول على اللوازم غير الغذائية وحلول الإيواء (كالخيم أو عدة الإيواء)، ومواد البناء والنقود والمساعدة أو المعلومات التقنية أو تشكيلة منها حسب الاقتضاء (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٦).



- ضمان إقامة المساكن أو المستوطنات البشرية على مسافة مأمونة من أي تهديدات فعلية أو محتملة، وتقليل الأخطار التي تمثلها المخاطر القائمة إلى أدنى حد ممكن (انظر الملاحظة الإرشادية ٧).
- ضمان إزالة الأنقاض الناجمة عن الكارثة من المواقع الرئيسية، بما فيها مواقع المنازل التي لحقت بها أضرار أو المنازل المدمرة، والمستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة، والمباني العامة الأساسية والطرق (انظر الملاحظة الإرشادية ٨).
- تخطيط الوصول المأمون إلى خدمات الماء والإصحاح ومرافق الصحة والمدارس وأماكن الترفيه والعبادة، وإلى الأراضي أو الأسواق أو الخدمات المستعملة لمواصلة الأنشطة المعيشية أو تنميتها (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٩ و١٠).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- الاتفاق مع السكان أنفسهم ومع السلطات المختصة مع كل وكالات الإغاثة وبالتنسيق معها على حلول المأوى والمسكن المقترحة لتلبية الحاجات الأساسية للسكان المتضررين من الكارثة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- يجب أن تكون كل حلول المأوى والمسكن مأمونة ومناسبة، ويجب أن تظل على هذه الحال حتى يتم توفير حلول أكثر ديمومة (انظر الملاحظات الإرشادية ٢-١٠).

الملاحظات الإرشادية

١- ***التقدير والتشاور والتنسيق:*** يُعد إجراء تقدير أولي للحاجات أمراً أساسياً لتحديد حاجات السكان المنكوبين في مجالي الإيواء والتوطين، وبيان أخطار ما بعد الكارثة، ومواطن الضعف والقدرات، وفرص معالجة موضوع الانتعاش منذ البداية، والحاجة إلى إجراء تقدير أكثر تفصيلا، بما في ذلك تقدير الوقع البيئي. وينبغي إشراك السكان المتضررين من الكارثة (وبالأخص الفئات المستضعفة ذات الحاجات الخاصة)، إلى جانب السلطات المختصة، في عمليات التقدير المذكورة. وينبغي أن تسترشد أنشطة الاستجابة بخطط الطوارئ القائمة، وأن يجري تنسيقها مع السلطات المختصة والوكالات الإنسانية وغيرها من المنظمات والسكان المنكوبين، عن طريق تطبيق آليات متفق عليها للتنسيق. وتجدر الإشارة إلى أن الموارد المتاحة والسياق المحلي (بما في ذلك أنماط الطقس الموسمية)، والأمن وإمكانيات الوصول إلى المواقع والأراضي القائمة أو الجديدة، هي التي تحدد طريقة تخطيط الاستجابة (انظر المعايير الأساسية الأرقام ١-٥ في الصفحات ٥١-٦٤، ومعايير اللوازم غير الغذائية الأرقام ١-٥ في الصفحات ٢٥٧-٢٦٤ والمرفق رقم ١: قائمة مرجعية لتقييم المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية).

٢- ***العودة***: إن الهدف الرئيس لغالبية السكان المنكوبين هو العودة إلى أرضهم ومنازلهم. إن ترميم السكان أنفسهم لمساكنهم أو تحسينهم لحلول الإيواء المقترحة، يدعم استراتيجيات المواجهة الجماعية، ويحافظ على أنماط السكن الراسخة، ويتيح إمكانية استعمال البنى الأساسية القائمة (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١). وقد يتأخر موعد عودة السكان، أو قد تحول الظروف دون عودتهم، الأمر الذي يحملهم على الإقامة في مستقر مؤقت في مكان آخر لفترة من

الزمن. وهناك جملة عوامل تؤثر في العودة منها استمرار الكارثة، كالفيضانات أو الانجرافات الأرضية أو الهزات الأرضية التالية للزلازل، والمشاغل الأمنية، مثل احتلال العقارات أو الأرض، وضرورة استرجاعها، أو استمرار نزاع دموي، أو وجود توترات عرقية أو دينية، أو الخوف من الاضطهاد، أو انتشار الألغام الأرضية والذخائر غير المتفجرة. ومن المهم إعادة بناء المدارس لتمكين السكان النازحين من العودة. وقد تُعرقل قوانين الأرض والملكية أو التقاليد العرفية غير المناسبة عودة الأسر التي تترأسها النساء، أو النساء اللاتي ترملن، أو من تيّتموا بسبب الكارثة، أو الأشخاص ذوي الإعاقة. كما أن تعذر اضطلاع السكان النازحين بالبناء يمكن أن يثنيهم عن العودة أيضا.

٣- ***استضافة السكان المنكوبين في الأسر والمجتمعات المحلية:*** كثيرا ما يفضل السكان النازحون الذين لا يستطيعون العودة إلى مساكنهم الأصلية المكوث مع أفراد أسرتهم الآخرين من الأسرة، أو مع أشخاص يشاطرون نفس الأواصر التاريخية والدينية وغيرها من الأواصر (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١). ويمكن أن تشمل مساعدات الإيواء في مثل هذه الحالات كل ما يتيح توسيع أو تحسين منزل الأسرة المستضيفة أو مرافقها بغية تحسين ظروف إقامة الأسرة النازحة، أو إقامة مأوى إضافي منفصل بجوار منزل الأسرة المستضيفة. وينبغي تقدير آثار ارتفاع الكثافة السكانية وزيادة الطلب على المرافق والبنى الأساسية الاجتماعية والموارد الطبيعية والتخفيف منها.

٤- ***المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة***: لا ينبغي أن تحل المخيمات المؤقتة المخططة محل الحلول الفعلية الدائمة. غير أنه يمكن استعمالها لإيواء السكان المنكوبين غير القادرين على العودة إلى موقع مسكنهم الأصلي أو غير الراغبين في العودة إليه، والذين يرون أن استضافتهم لدى أسر أخرى ليس حلا مقبولا. وقد يكون هذا النوع من الحلول ضروريا في المناطق التي ترتفع فيها التهديدات الأمنية على السكان المعزولين أو حيث تكون إمكانيات الحصول على الخدمات الأساسية كالماء والطعام ومواد البناء المحلية محدودة. ويمكن للإيواء الجماعي في مبانٍ قائمة أن يوفر حماية مؤقتة سريعة من الظروف الجوية. وقد يلزم تكييف أو تحسين المباني المستعملة لهذه الغاية، كإقامة فواصل داخلية ومدارج من أجل الأشخاص الذي يواجهون صعوبة في التنقل. وقد درج العديد من البلدان على استعمال بعض المباني المختارة مسبقا لتقوم مقام المراكز الجماعية، لمواجهة أنواع معروفة من الكوارث، مع ما يصاحب ذلك من مسؤوليات إدارية وفي مجـال توفير الخدمات. وعلى الرغم من أن المدارس كثيرا ما تستخدم لإيواء الأسر المنكوبة، فلا بد من البحث عن مبانٍ بديلة حيثما أمكن لكي يستطيع الأطفال مواصلة دراستهم. ويجب، عند تخطيط المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة، مراعاة انعكاساتها على السلامة الشخصية لساكنيها، وخصوصيتهم وكرامتهم، وإمكانية وصولهم إلى المرافق الأساسية. كما يجب الحرص على ألا تتحول المستوطنات البشرية الجماعية بدورها إلى هدف للهجوم أو أن تطرح خطرا أمنيا على السكان المجاورين، أو تستتبع استغلالا غير مستدام للبيئة الطبيعية المحيطة.



٥- ***أشكال مساعدات الإيواء:*** قد يلزم توفير تشكيلة من مختلف أنواع المساعدة لتلبية حاجات السكان المنكوبين إلى المأوى. ويمكن أن تشمل المساعدة الأساسية اللوازم الشخصية، كالملابس والأفرشة، أو العدة المنزلية العامة، كالمدافئ والوقود. ويمكن أن تضم مواد دعم الإيواء، الخيم وقطع المشمع وعُدة الأدوات ومواد البناء والمآوي المؤقتة أو الانتقالية المكونة من مواد يمكن إعادة استعمالها في المآوي الدائمة لاحقا. كما قد يلزم الاستعانة بعمالة يدوية أو متخصصة تطوعية أو

تعاقدية، بالإضافة إلى توفير مشورة تقنية بشأن أساليب البناء المناسبة. ويجب التفكير في استعمال النقود أو القسائم لتشجيع استعمال قنوات وموارد الإمداد المحلية رهنا بأداء الاقتصاد المحلي. كما يمكن استعمال النقود لاستئجار المساكن. ويمكن تكميل المساعدات الموفرة في شكل سلع بمعلومات أو نصائح يجري توفيرها عبر الحملات العامة أو المراكز المحلية، فيما يتعلق بكيفية الحصول على المنح والمواد أو غيرها من أشكال مساعدات الإيواء.

٦- ***المأوى الانتقالي***: يمثل توفير المأوى المؤقت أو الانتقالي نهجاً وليس مرحلة من مراحل الاستجابة، ويستجيب لحقيقة مفادها أن السكان المنكوبين كثيرا ما يبحثون عن حلول الإيواء بعد الكوارث بأنفسهم، وينبغي دعم هذه الإدارة الذاتية (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١). إن إمكانية إعادة استعمال حلول الإيواء التالية للكوارث جزئيا أو كلياً في هياكل أكثر ديمومة، أو تغيير موقعها من أماكن مؤقتة إلى أماكن دائمة، يمكن أن يشجع انتقال السكان المنكوبين إلى مساكن أكثر ديمومة. وبالنسبة إلى السكان غير النازحين الذين ظلوا في موقع سكنهم الأصلي، يمكن للإيواء المؤقت أن يوفر مسكنا أساسيا أوليا يمكن تحسينه أو توسيعه أو استبداله على مر الزمن إذا سمحت الموارد المتاحة بذلك. أما بالنسبة إلى السكان النازحين، فيمكن أن يوفر لهم الإيواء الانتقالي مسكنا مناسبا يمكن تفكيكه وإعادة استعماله عندما يصبح بوسعهم العودة إلى موقع سكنهم الأصلي أو الاستقرار في مواقع جديدة. ويمكن توفير الإيواء الانتقالي أيضا للسكان المنكوبين الذين تستضيفهم أسر أخرى تملك مساحة تتيح تركيب مأوى مجاور أو متاخم لمنزلها. ويمكن تفكيك هذه الهياكل وإعادة استعمالها حالما يستطيع السكان المنكوبون العودة إلى مواقعهم الأصلية أو الانتقال إلى مواقع أخرى.

٧- ***تقدير الأخطار والضعف والمخاطر***: من المهم إجراء تقدير شامل للمخاطر والضعف (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧). وينبغي أن يشمل هذا التقدير التهديدات الأمنية الفعلية أو المحتملة، والأخطار وحالات الضعف الناجمة عن السن ونوع الجنس، والإصابة بعجز، والمركز الاجتماعي أو الاقتصادي، واعتماد السكان المنكوبين على موارد البيئة الطبيعية، والعلاقات بين السكان المنكوبين والمجتمعات المضيفة (انظر مبدأ الحماية ٣ في الصفحة رقم ٣٥). وينبغي مراعاة المخاطر التي يطرحها وقع مصادر الخطر الطبيعية كالزلازل أو النشاط البركاني أو الانجرافات الأرضية أو الفيضانات أو الرياح العاتية عند تخطيط حلول الإيواء والإسكان. وينبغي أن تكون مواقع المستوطنات البشرية في مأمن من الكوارث أو التلوث أو التعرض لأخطار نواقل الأمراض. ويمكن للمواد والسلع التي تمثل مصدر خطر أن تترسب أو تنكشف في أعقاب الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والمد العالي. كما يمكن أن تكون هناك ألغام وذخائر غير متفجرة نتيجة لنزاعات سابقة أو جارية. وينبغي أن يقوم اختصاصيون تقنيون بتقدير مدى ثبات هياكل المباني في المناطق المأهولة المتضررة من الكارثة. وفيما يتعلق بالمآوي الجماعية، ينبغي تقدير قدرة هياكل المباني الحالية على تحمل أي وزن إضافي، والخطر المتزايد الذي يطرحه احتمال سقوط بعض مكونات البناء، كالأرضيات والجدران الفاصلة الداخلية والسقوف وغيرها.

٨- ***إزالة الأنقاض:*** ينبغي إزالة الأنقاض في أعقاب الكوارث الطبيعية أو النزاعات من باب الأولوية لفتح مجـال توفير حلول مناسبة للإيواء وإقامة المستوطنات البشرية. وينبغي مباشرة التخطيط لإدارة الأنقاض بعد الكارثة مباشرة لضمان إعادة استعمالها أو فصل مكوناتها وجمعها و/أو معالجتها (انظر معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٥٤). ومن جملة القضايا الرئيسية المطروحة، هناك مسألة الجثث التي يلزم كشف هويتها والتعامل معها بصورة مناسبة، ومسألة استعادة الممتلكات الشخصية، وتحديد المواقع التي تمثل خطراً هيكليا، والمواد الخطرة، وملكية المواد التي يمكن إنقاذها لإعادة استعمالها أو بيعها. ويمكن أن توفر إزالة الأنقاض فرصة لتطبيق برامج النقد مقابل العمل و/أو أن تتطلب استعمال معدات وخبرات مهمة. وينبغي التفكير في طرق استعمال وإدارة مواقع التخلص من الأنقاض ووقعها البيئي وملكيتها.

٩- ***المدارس والمرافق الصحية والبنى التحتية المجتمعية:*** ينبغي تأمين الوصول إلى الخدمات الأساسية، بما فيها المدارس والمرافق الصحية وأماكن اللعب والتجمع الآمنة. وينبغي استعمال هياكل الخدمات القائمة أو المرممة مع توفير خدمات أو مرافق إضافية مؤقتة حسب الحاجة. وفي الحالات التي يخضع فيها ترميم المباني العامة أو بناؤها لوضع تصاميم بمستقرات جديدة أو لإجراءات تنظيمية أخرى، قد يلزم إقامة هياكل مؤقتة لتوفير مرافق للأجل القصير فورا. وعند توفير مثل هذه الخدمات باستعمال هياكل مؤقتة أو دائمة، لا بد من الالتزام بالمعايير المتفق عليها (انظر معيار الماء والإصحاح والنهوض بالنظافة رقم ١ في الصفحة رقم ٨٤، ومعيار نظم الصحة رقم ١ في الصفحة رقم ٢٨١ والحد الأدنى لمعايير التعليم من الآيني: الجهوزية، الاستجابة، التعافي.

١٠- ***تعزيز سبل المعيشة:*** ينبغي، قبل مباشرة توطين السكان المنكوبين، معرفة النشاط الاقتصادي الذي كانوا يمارسونه قبل وقوع الكارثة، وفرص المعيشة المتاحة لهم في الظروف التالية للكارثة (انظر معياري تقدير حالة الأمن الغذائي والتغذية رقمي ١ و٢ في الصفحات ١٤١-١٤٧ والمعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١). وينبغي مراعاة مسألة توفر الأراضي وإمكانية استغلالها للزراعة والرعي، وموقع الأسواق وإمكانية الوصول إليها، وتوفر الخدمات المحلية التي تمثل أهمية حيوية في ممارسة الأنشطة الاقتصادية.



معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٢ : تخطيط المستوطنات البشرية

من شأن تخطيط العودة والاستضافة والمستقرات الجماعية المؤقتة أن يتيح الاستعمال السليم والمأمون للمرافق والخدمات الأساسية من قبل السكان المنكوبين.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تشخيص واستعمال أساليب التخطيط القائمة التي تلتزم بأفضل الممارسات المتفق عليها حيثما أمكن، وتقليل الأخطار ومواطن الضعف التي تطرحها المستوطنات البشرية إلى أدنى حد ممكن (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي تحديد ملكية المنازل والأراضي والعقارات و/أو حقوق استعمال المباني أو المواقع (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ضمان الوصول الآمن إلى كل مواقع المآوي والمستوطنات البشرية وإلى الخدمات الأساسية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤).
- استعمال هياكل المساكن وسمات تضاريس الأرض القائمة بشكل يقلل من الآثار السيئة على البيئة الطبيعية إلى أدنى حد ممكن (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- إشراك السكان المنكوبين في تخطيط المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة التي تجمع الأسر أو الجوار أو المجموعات القروية حسب الضرورة (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).
- ضمان توفير مساحة كافية وعوازل مناسبة ضد الحريق في المخيمات المؤقتة المخططة والمرتجلة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٧ و٨).
- تقليل مخاطر نواقل الأمراض إلى أدنى حد ممكن (انظر الملاحظة الإرشادية ٩).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي استشارة كافة السكان الذين يحصلون على مساعدات الإيواء والتماس موافقتهم بخصوص موقع المأوى أو المكان المسقوف المخصص لهم، وحصولهم على الخدمات الأساسية وفقاً لإجراءات التخطيط المتفق عليها (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي أن تبيّن كل خطط المستوطنات البشرية أن المخاطر ومواطن الضعف التي يطرحها استعمال المآوي والأماكن المسقوفة والخدمات الأساسية قد أُخذت في الاعتبار وقُللت إلى أدنى حد ممكن (انظر الملاحظات الإرشادية ٢-٩).

الملاحظات الإرشادية

١- ***عمليات التخطيط***: ينبغي تطبيق أساليب التخطيط المعمول بها محليا التي تراعي نوع الكارثة أو الأزمة، والمخاطر المشخَصة، والوقع على السكان المنكوبين. وينبغي تطبيق التدابير المناسبة لتقليل مخاطر المساكن ومواطن ضعفها إلى أدنى حد ممكن. كما ينبغي الالتزام بقوانين التخطيط القائمة حيثما طلبت السلطات المعنية ذلك، وحيثما لا يعرقل هذا المطلب الواجب الإنساني المتمثل في تلبية الحاجات الملحة إلى الإيواء والإسكان. وينبغي تشخيص الانعكاسات الأطول أجلا لقرارات التخطيط، لا سيما فيما يتعلق بمواقع المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة.

٢- ***ملكية المساكن والأراضي والعقارات والحقوق المرتبطة بها واستعمالها***: ينبغي تحديد ملكية الأرض أو المساكن أو غيره من المباني، وأصحاب حقوق الاستعمال النظامية أو العرفية فيما يتعلق بالسكان النازحين وغير النازحين على السواء. وكثيرا ما تكون مثل هذه المسائل مصدر جدل، ولا سيما عندما لا تكون السجلات قد حُفظت، أو عندما يكون النزاع الدائر قد أثّر في حقوق الملكية. وتستتبع المساكن أو المباني المتعددة الحيازة ذات الاستعمالات العديدة الاشتراك في حقوق الملكية أو الحيازة أو تقاسمها. وينبغي السعي إلى الكشف عن حقوق ملكية المستضعفين للأراضي أو العقارات، ومساندة هؤلاء الأشخاص، وعلى الأخص النساء وأولئك الذين ترملوا أو تيتموا بسبب الكارثة، والأشخاص ذوي الإعاقة، والمستأجرين وأصحاب حقوق الحيازة الاجتماعية، والمستوطنين غير النظاميين. وينبغي توضيح حقوق الملكية أو الميراث النظامية أو غير النظامية (ويشمل ذلك الحق الرسمي أو الضمني في الميراث) لا سيما بعد وقوع كارثة يحتمل أن يكون صاحب الحق أو السند قد توفي أو نزح خلالها. إن منح حق الحيازة الجماعية أو ما شابهه لعدد من العائلات، حيث لم يكن هناك أي حق صريح قبل الكارثة، من شأنه أن يساعد في ترسيخ مثل هذه الحقوق بصورة متزايدة. كما يمكن أن يُفهم توفير مساعدات الإيواء أو أن يستخدم لاستباحة المطالبات بسندات ملكية الأرض، مما قد يثني أو يعرقل العمل الإنساني. وعند استعمال الأرض لإقامة مستقرات جماعية مؤقتة، لا بد من مراعاة حقوق استعمال الأراضي أو موارد المحيط الطبيعي القائمة من قبل المجتمعات المضيفة أو المجاورة (انظر معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٥٤).

٣- ***الخدمات والمرافق الأساسية***: يحتاج السكان المتضررون من الكوارث العائدون إلى موقع سكنهم الأصلي أو الذين تم استضافتهم أو إيواؤهم في مستقرات جماعية مؤقتة، إلى الحصول على الخدمات الأساسية بشكل مأمون وعادل. وتشمل هذه الخدمات الماء والمراحيض، والوقود للطهي أو مرافق الطهي الجماعية، والرعاية الصحية، والتخلص من النفايات الصلبة، والمدارس، والمرافق الاجتماعية، وأماكن العبادة، ومراكز الاجتماع، وأماكن الترفيه، بما فيها مساحات مهيأة للأطفال، ومساحات مخصصة للماشية (وضمان فصل الماشية بصورة مناسبة عن أماكن إقامة السكان). وينبغي تخصيص مساحة كافية لدفن الموتى بشكل يراعي مختلف التقاليد والطقوس. ويستحسن استعمال المرافق القائمة أو المرممة بأقصى قدر ممكن طالما لا يؤثر ذلك سلبا على المجتمعات المجاورة أو المستضيفة. وينبغي توفير مرافق أو نقاط وصول إضافية لتلبية حاجات السكان المستهدفين، وبالأخص الفئات الضعيفة منهم. وينبغي مراعاة التركيبة الاجتماعية ودور كل من النساء والرجال ضمن السكان المنكوبين وحاجات الأشخاص الضعفاء عند تقديم الخدمات، مثل



ضمان أن يقيم الأشخاص الذين يعانون من صعوبة في التنقل في حدود مسافة معقولة من الخدمات يمكن قطعها مشيا، وتوفير أماكن مأمونة للرضاعة الطبيعية في المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة. كما ينبغي تأمين الوصول بصورة مناسبة إلى المرافق من قبل المسنين والذين يعانون من إعاقات بدنية، والذين يلزمهم الوصول إلى تلك المرافق بصورة متكررة. وينبغي توفير مكاتب إدارية ومخازن ومساكن للموظفين، ومناطق للحجر الصحي في المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة حسب الحاجة (انظر معيار الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة رقم ١ في الصفحة رقم ٨٤ ومعيار نظم الصحة رقم ١ في الصفحة رقم ٢٨١).

٤- ***الوصول إلى المستوطنات البشرية***: ينبغي تقييم إمكانيات الوصول إلى المستوطنات البشرية، وحالة الطرق المحلية، وقرب المستوطنات البشرية من مراكز النقل من أجل توصيل إمدادات الإغاثة، مع مراعاة المعوقات الموسمية ومصادر الخطر والمخاطر الأمنية. وفيما يتعلق بالمستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة، ينبغي أن يكون من الممكن الوصول إلى الموقع نفسه وإلى المراكز الرئيسية لخزن الأغذية وتوزيعها بشاحنات كبيرة عبر طرق تصمد لكل الظروف الجوية. وينبغي أن تتاح أيضا إمكانية الوصول إلى المرافق الأخرى بعربات صغيرة. وينبغي أن توفر الطرق والدروب ضمن المستوطنات البشرية إمكانية الوصول الآمن إلى المساكن الفردية والمرافق الجماعية، بما فيها المدارس ومرافق الرعاية الصحية، في كل الظروف الجوية. وينبغي توفير الإضاءة حسب الاقتضاء. كما يستحسن ألا تشّكل ممرات الدخول إلى المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة أو المراكز المشتركة والخروج منها مناطق معزولة أو مخفية عن الأنظار يمكن أن تهدد السلامة الشخصية لمستعمليها. وينبغي تفادي السلالم والاحتفاظ بأرضية مستوية بالقرب من منافذ المراكز المشتركة. كما ينبغي، تزويد كل السلالم والشرفات بحواجز ومقابض يدوية. وينبغي تخصيص أماكن في الطابق الأرضي أو بالقرب من الأبواب أو من الممرات المستوية للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التنقل. وينبغي أن يكون جميع سكان المباني المستعملة كمراكز جماعية على بعد مسافة معقولة متفق عليها من منفذين على الأقل، مما يتيح لهم سبل بديلة للهروب. وينبغي أن تكون هذه المنافذ مبيّنة بوضوح.

٥- ***اختيار الموقع وصرف المياه***: ينبغي تقييم صرف المياه السطحية واحتمالات تكوّن البُرَك أو حدوث الفيضانات عند اختيار مواقع المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة وتخطيطها. لا ينبغي أن تتجاوز درجة انحدار الموقع ٦٪، إلا إذا اتخذت تدابير مهمة لصرف المياه ومكافحة عوامل التعرية؛ كما لا ينبغي أن تقل درجة انحدارها عن ١٪ لتسهيل الصرف. وقد يلزم مع ذلك حفر قنوات للصرف لتقليل مخاطر الفيضانات وتكّون البرك. ويجب ألا يقل ارتفاع أخفض نقطة في الموقع عن ٣ أمتار فوق المستوى الأقصى المقدر للمياه الجوفية. وينبغي أن تكون الأرض مناسبة لإقامة مراحيض الحفرة وأن تحدد اختيار مواقع المراحيض وغيرها من المرافق. (انظر معيار التخلص من الفضلات العضوية أرقام ١ و٢ في الصفحات ١٠٠-١٠٢ ومعيار الصرف الصحي رقم ١ في الصفحة رقم ١١٦).

٦- ***تخطيط موقع إقامة المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة***: ينبغي مراعاة العادات الاجتماعية السائدة واستعمال الموارد المشتركة، بما فيها الماء ومرافق الإصحاح، ومرافق الطهي الجماعية، وتوزيع المواد الغذائية وما إلى ذلك عند تخصيص مساحات ضمن المراكز المشتركة، وقطع الأرض العائلية ضمن المخيمات المؤقتة المخططة. وينبغي أن يساند تخطيط الجوار الشبكات الاجتماعية

القائمة وأن يُسهم في تحقيق الأمن، ويتيح للسكان المنكوبين فرصة إدارة شؤونهم. وينبغي ترتيب المساحات في المخيمات المؤقتة المخططة بشكل يحفظ خلوة الأسر وكرامتها، كالحرص مثلا على أن يطل مأوى كل أسرة على مساحة مشتركة أو على مساحة معزولة تستعملها الأسرة بدلا من أن يطل على مدخل مأوىً آخر. كما ينبغي تخصيص أماكن معيشية آمنة ومدمجة للمجموعات النازحة التي تضم عددا مرتفعا من العزاب أو الأطفال الوحيدين. وعندما تكون المساكن مشتتة، ينبغي تطبيق قواعد التخطيط على التكتلي التي تنطبق أيضا على مجموعات الأسر العائدة إلى منطقة جغرافية محددة أو مجموعة من الأسر المستضيفة القريبة من بعضها (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١).

٧- ***مساحة المخيمات المؤقتة المخططة أو المرتجلة***: ينبغي أن تضم المستوطنات البشرية التي تتخذ شكل مخيمات، مساحة دنيا للاستعمال تبلغ ٤٥ متراً مربعا للفرد الواحد تشمل قطعة أرض عائلية. وينبغي أن تضم المنطقة مساحة لازمة لبناء الطرق والدروب، ومساحة لإقامة المطابخ العائلية والجماعية الخارجية، والمرافق التربوية، وأماكن الترفيه، ومرافق الإصحاح، وحواجز مقاومة الحرائق، والمكاتب الإدارية، وخزانات الماء، ومراكز التوزيع، والأسواق والمخازن، بالإضافة إلى حدائق أُسرية صغيرة لزراعة الخضار. وإذا أمكن توفير الخدمات المشتركة عبر مرافق موجودة أو إضافية خارج المنطقة المختارة لإقامة المستقر البشري، وجب أن تبلغ المساحة المخصصة لاستعمالات كل فرد ٣٠ مترا مربعا على الأقل. كما ينبغي أن تراعي عملية تخطيط المساحات، نمو السكان. وإذا تعذر توفير المساحة الدنيا الضرورية، وجب التركيز على اتخاذ خطوات للتخفيف من آثار الاكتظاظ السكاني، كالفصل بين الأسر لضمان خلوتها، وتخصيص المكان اللازم للمرافق المطلوبة وما إلى ذلك.

٨- ***الحماية من الحرائق:*** ينبغي تقييم أخطار الحرائق قبل بدء التخطيط الموقعي للمستقرات الجماعية المؤقتة وتجميع المآوي الأسرية. وينبغي أن تضم تدابير الحد من آثار الحرائق، توفير حواجز مقاومة للحريق طولها ٣٠ متراً بين كل ٣٠٠ متر في المنطقة المبنية، ولا يقل ارتفاعه عن مترين (ويفضل أن يبلغ ضعف الارتفاع العام لأي هيكل قائم) بين المباني أو المآوي لتفادي سقوط الهياكل المتهدمة على المباني المجاورة. كما ينبغي مراعاة أساليب الطهي المفضلة واستعمال المواقد أو المدافئ عند التخطيط العام للموقع والفصل بين المآوي العائلية بصورة سليمة (انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٤ في الصفحة رقم ٢٦٢).

٩- ***المخاطر الناجمة عن نواقل الأمراض***: يمكن أن تشكل الأراضي المنخفضة والأنقاض التي خلفتها الكوارث، والمباني المهجورة والحُفر، كالحفر التي يخلفها استخراج الطوب للبناء، أماكن ملائمة لتكاثر الحشرات الضارة مما يمكن أن يطرح مخاطر صحية على الأسر التي تسكن بجوارها. ويعد الاختيار المناسب لإقامة المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة، والتقليل من الأخطار التي تطرحها نواقل الأمراض أمرا أساسيا لتقليل وقع الأمراض التي تسببها نواقل الأمراض على السكان المنكوبين (انظر معايير مكافحة نواقل الأمراض أرقام ١-٣ في الصفحات ١٠٧-١٨١).



معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٣ : توفير مساحة مسقوفة للعيش

ينبغي أن توفَر للسكان مساحة مسقوفة كافية لتأمين الراحة الحرارية والهواء النقي والحماية من الظروف الجوية بما يكفل خلوتهم وسلامتهم وصحتهم، ويتيح لهم الاضطلاع بأنشطتهم العائلية والمعيشية الأساسية.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- التأكد من توفير مساحة مسقوفة مناسبة للمعيشة لكل عائلة منكوبة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١و٢)
- إتاحة فرصة الفصل بصورة تؤمن السلامة والخلوة لكل من الجنسين وبين مختلف فئات الأعمار وبين مختلف العائلات ضمن منزل معين حسب الحاجة (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ضمان تمكن العائلات من الاضطلاع بأنشطتها الأساسية والمعيشية ضمن المساحة المسقوفة أو المنطقة المجاورة لها (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- تشجيع استعمال حلول الإيواء والمواد المألوفة للسكان المتضررين من الكارثة، وأن تكون مقبولة ثقافيا واجتماعيا ومستدامة بيئيا حيثما أمكن (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٦).
- تقدير الظروف المناخية الخاصة بكل المواسم بغية توفير أفضل راحة حرارية ممكنة، بالإضافة إلى التهوية والحماية من الظروف الجوية (انظر الملاحظات الإرشادية ٧-١٠).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تبلغ مساحة الأرض المسقوفة الأولية المخصصة لكل شخص ٣٫٥ أمتار مربعة على الأقل (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١و٢).
- ينبغي أن تلبي كل حلول الإيواء وموادها المعايير التقنية ومعايير الأداء المتفق عليها والمقبولة ثقافياً (انظر الملاحظات الإرشادية ٣-١٠).

الملاحظات الإرشادية

١- ***المناخ والسياق:*** عادة ما تضطلع العائلات بأنشطتها داخل مساحة مسقوفة في المناطق الباردة حيث يمضي السكان المنكوبون قسطا مهما من وقتهم في الداخل لتفادي البرد. وفي المناطق الحضرية، تضطلع العائلات بأنشطتها داخل مساحات مسقوفة عادة، حيث تكون المساحة الخارجية المجاورة التي يمكن استعمالها محدودة. وعادة ما يلزم توفير مساحة مسقوفة تزيد على ٣٫٥ أمتار مربعة لكل شخص لمراعاة هذه الاعتبارات. كما يشكل ارتفاع الجدران عاملا أساسيا، وتُفضل الجدران المرتفعة في المناطق الحارة والرطبة حيث أنها تسّهل التهوية، بينما تفضل الجدران الأقل ارتفاعاً في

المناطق الباردة لتقليل الحجم الداخلي الذي يلزم تدفئته. وينبغي أن يبلغ ارتفاع الجدران الداخلية من الأرض إلى السقف مترين على الأقل في أعلى نقطة. وفي المناطق الحارة، يمكن استعمال المساحة الخارجية المظللة بجوار المأوى لإعداد الطعام والطهي. وقد يلزم أن تراعي حلول الإيواء مجموعة من الظروف المناخية المتناقضة التي تتراوح بين الليالي الباردة والشتاء القارس والأيام الحارة وقيظ الصيف. وإذا تعذر توفير المواد اللازمة لبناء مأوىً كاملا، وجب تقديم مواد التسقيف والهياكل اللازمة من باب الأولوية لتوفير مساحة مسقوفة دنيا. غير أن الحيز المترتب على ذلك قد لا يوفر الحماية المناسبة من الظروف الجوية أو يضمن الأمن والخلوة والكرامة المطلوبة. لذا، ينبغي اتخاذ التدابير اللازمة لتلبية هذه الحاجات بأسرع فرصة ممكنة. (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٢).

٢- ***المدة***: قد يمكن الاكتفاء بتوفير مساحة مسقوفة تقل عن ٣٫٥ أمتار مربعة لكل شخص بعد وقوع الكارثة مباشرة، وفي الظروف الجوية القاسية بشكل خاص، وحيث يتعذر الحصول على مواد كافية لإقامة المآوي، وذلك من أجل إنقاذ حياة الناس وتوفير مآو مناسبة مؤقتة لهم. وفي مثل هذه الحالات، ينبغي أن تبلغ المساحة المسقوفة ٣٫٥ أمتار مربعة لكل فرد، بأسرع ما يمكن، للحد من الآثار السيئة على صحة السكان المعنيين وتأمين راحتهم. وإذا تعذر توفير مساحة ٣٫٥ أمتار مربعة لكل شخص، أو إذا كانت هذه المساحة تزيد على المساحة التي يستعملها السكان المنكوبون أو سكان الجوار اعتياديا، وجب مراعاة وقع المساحة المسقوفة المحدودة على كرامة الناس وصحتهم وخلوتهم. وينبغي تسليط الضوء على قرارات توفير مساحة تقل عن ٣٫٥ أمتار مربعة لكل شخص إلى جانب التدابير الرامية إلى تقليل وقعه السلبي على السكان المنكوبين. وقد يلزم توفير حلول الإيواء المؤقتة أو الانتقالية المناسبة لفترة قد تطول، ولمواجهة مختلف المواسم، وربما لعدة سنوات. وينبغي أن تضمن خطط الاستجابة التي تم الاتفاق عليها مع السلطات المحلية أو غيرها من الجهات، عدم تحويل الإيواء المؤقت أو الانتقالي إلى سكن دائم بديل.

٣- ***العادات المحلية والسلامة والخلوة:*** ينبغي مراعاة العادات المحلية في مجـال استعمال المساحة المسقوفة مثل ترتيبات النوم وإيواء أفراد الأسرة الممتدة عند تحديد المساحة المسقوفة اللازمة. وينبغي إشراك أفراد المجموعات الضعيفة والأشخاص الذين يرعونهم. وينبغي توفير إمكانية إقامة حواجز داخلية ضمن المآوي العائلية نفسها. أما في المآوي الجماعية، فإن جمع الأسر التي توجد بينها صلات قربى، وإقامة ممرات حسنة التخطيط عبر المنطقة المسقوفة، وتوفير المواد اللازمة لفصل المساحات الشخصية عن المساحة المخصصة للعائلة، يمكن أن يُسهم في الخلوة والمحافظة على السلامة الشخصية. ويُحرص على زيادة الراحة النفسية التي يمثلها توفير مساحة مناسبة والخلوة بأقصى قدر ممكن مع تقليل الاكتظاظ إلى أدنى حد ممكن، وذلك في المآوي العائلية والمآوي الجماعية المؤقتة على حد سواء (انظر مبدأ الحماية رقم ١ في الصفحة رقم ٣١).



٤- ***الأنشطة العائلية والمعيشية***: ينبغي أن توفر المنطقة المسقوفة مساحة للاضطلاع بالأنشطة التالية: النوم والغسل واللبس ورعاية الرضع والأطفال والمرضى أو ذوي الإعاقة، ومساحة لحفظ الطعام والماء وممتلكات الأسرة وغيرها من موجوداتهم الأساسية، ومساحة للطهي وتناول الطعام داخل المأوى حيثما لزم الأمر، بالإضافة إلى مساحة يمكن لأفراد الأسرة الاجتماع فيها. وينبغي أن يتيح تصميم المساحة المسقوفة، وبالأخص مكان المنافذ والتقسيمات الداخلية فيها، أقصى استعمال ممكن للمساحة الداخلية ولأي مساحة خارجية مجاورة.

٥- ***حلول الإيواء والمواد والبناء***: ينبغي توفير حلول الإيواء المحددة كالخيم الأسرية وعُدة إقامة المأوى، أو طرود المواد، أو المباني المصّنعة، حيث يتعذر توفير حلول محلية سريعة للإيواء بعد الكارثة مباشرةً، أو حيث تكون هذه الحلول غير مناسبة أو لا يمكن للبيئة الطبيعية المحلية أن تدعمها بشكل مستديم. وعندما تزوَّد الأسر بقطع المشمع المقوى للإيواء العاجل، ينبغي تزويدها أيضا بقطع الحبل والأدوات ومواد التثبيت والدعم الأخرى كالأعمدة الخشبية أو عناصر تركيب الأطر المشتراة محليا. وينبغي الالتزام بالمواصفات والمعايير الوطنية والدولية المتفق عليها عند اختيار هذه المواد أو حلول الإيواء المحددة، وينبغي أن يقبلها السكان المنكوبون. وعند توفير جزء من مواد الإيواء الأساسية فقط (مثل قطع المشّمع)، ينبغي تقدير الوقع السلبي المحتمل على الاقتصاد المحلي أو المحيط الطبيعي لتوريد المواد الأخرى المطلوبة (كالأعمدة الخشبية اللازمة لتركيب أطر النوافذ والأبواب) والتخفيف منه بأكبر قدر ممكن. كما ينبغي مراعاة القدرة التقنية والإمكانيات الاقتصادية للسكان المنكوبين على صيانة مساكنهم وترميمها عند تحديد مواصفات المواد وتقنيات البناء المعتمدة (انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٦٤). وينبغي الاضطلاع بالرصد المنتظم لضمان بقاء حلول الإيواء مناسبة على مر الزمن.

٦- ***المشاركة في التصميم***: ينبغي إشراك جميع أفراد كل عائلة منكوبة إلى أقصى حد ممكن في تحديد نوع مساعدات الإيواء التي يلزم تزويدهم بها. وينبغي إعطاء الأولوية لآراء المجموعات أو الأفراد الذين يمضون القسط الأكبر من وقتهم داخل المأوى عادة، والأشخاص ذوي حاجات التنقل الخاصة. وينبغي أن يستند ذلك إلى تحليل أشكال السكن التقليدية القائمة. ويستحسن توعية العائلات بمساوئ ومزايا أشكال ومواد البناء «الحديثة» غير المألوفة لهم التي كثيرا ما تعتبرها هذه العائلات وسيلة لتحسين مركزها الاجتماعي (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١).

٧- ***المناطق الحارة والرطبة***: يجب تحديد اتجاه المأوى وتصميمه بشكل يكفل أفضل تهوية ممكنة ويحول دون دخول أشعة الشمس المباشرة إليه. وينبغي أن تكون درجة انحدار السقف كافية لصرف مياه الأمطار، وأن يكون السقف مزودا بسقيفة كبيرة ولكن ليس في المناطق المعرضة لرياح شديدة. كما ينبغي أن تكون مواد البناء خفيفة لتفادي احتفاظ المساكن بالحرارة. وينبغي أيضا الاهتمام بصرف المياه السطحية حول المأوى ورفع أرضيته للتقليل من تسرب المياه داخل المساحة المسقوفة.

٨- ***المناطق الحارة والجافة:*** ينبغي أن تكون مواد البناء ثقيلة لضمان أفضل تبادل حراري ممكن، بما يكفل الاستفادة من الاختلافات في درجة الحرارة بين الليل والنهار في تبريد المأوى وتدفئته على التوالي. ويمكن اختيار مواد خفيفة للبناء على أن تكون عازلة. وينبغي إيلاء الاهتمام اللازم لتصميم هياكل المباني الثقيلة في المناطق المعرضة للزلازل. وفي الحالات التي يكون فيها المشمّع أو الخيم المادتان الوحيدتان المتاحتان لإقامة المأوى، ينبغي تزويد هذا المأوى بسقف مزدوج يسمح بمرور الهواء بين طبقتيه بما يكفل حماية المأوى من الحرارة. ومن شأن إقامة الأبواب والنوافذ بعيدا عن اتجاه الرياح السائدة أن يساعد على تخفيض الحرارة الناجمة عن الريح الحارة وإشعاع الحرارة من الأرض المحيطة بالمأوى. وينبغي توفير مساحة ملاصقة للجدار الخارجي للحد من دخول الرمل ونواقل الأمراض إلى المأوى.

٩- *المناطق الباردة*: يلزم استعمال مواد بناء ثقيلة ذات قدرة عازلة عالية في المآوي التي يشغلها سكانها طوال اليوم. ويستحسن استعمال مواد البناء الخفيفة ذات الطاقة الحرارية المنخفضة والقدرة العازلة المرتفعة في المآوي التي يشغلها السكان في أثناء الليل فقط. وينبغي تقليل تيارات الهواء حول الأبواب والنوافذ بصفة خاصة إلى أدنى حد ممكن لتأمين الراحة الشخصية، مع تجهيز معدات التدفئة أو مواقد الطهي بوسائل التهوية اللازمة في الوقت نفسه. وتمثل المواقد أو غيرها من أجهزة التدفئة معدات أساسية في هذه المناطق ويجب أن تكون مناسبة للمأوى. وينبغي تقييم احتمالات نشوب حرائق بسبب استعمال المواقد والمدافئ والحد منها (انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٤ في الصفحة رقم ٢٦٢). وينبغي أيضا الاهتمام بصرف المياه السطحية حول المأوى ورفع أرضيته للتقليل من تسرب مياه الأمطار أو ذوبان الثلوج داخل المساحة المسقوفة. كما ينبغي الحد من فقدان حرارة الجسم عبر الأرضية إلى أدنى درجة ممكنة عن طريق ضمان عزل الأرضية واستعمال الحصير أو المراتب العازلة أو زيادة ارتفاع السرير (انظر معيار توفير اللوازم غير الغذائية رقم ٢ في الصفحة رقم ٢٥٩).

١٠- *التهوية ومكافحة نواقل الأمراض*: ينبغي تأمين تهوية مناسبة في المآوي العائلية الفردية وفي المباني العامة كالمدارس ومرافق الرعاية الصحية للمحافظة على محيط داخلي صحي وتقليل آثار الدخان الصادر عن المواقد الأسرية الداخلية التي تسبب الالتهابات التنفسية وأمراض العين، والحد من خطر انتشار أمراض كالسل الرئوي الذي ينتقل عن طريق استنشاق الرذاذ المعدي. وينبغي مراعاة عادات البناء المحلية، وطريقة استعمال السكان النازحين للمأوى وانتقاء المواد عند اتخاذ تدابير مكافحة نواقل الأمراض. (انظر معيار خدمات الصحة الأساسية – معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ١ في الصفحة رقم ٢٩٧ ومعايير مكافحة نواقل الأمراض ١-٣ في الصفحات ١٠٧-١١١).

معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٤ : البناء

ينبغي مراعاة تقاليد البناء المحلية المأمونة، واستعمال المواد المحلية، والاستعانة بالخبرة والقدرات المحلية حيثما كان ذلك مناسباً، وإشراك السكان المنكوبين، وتعزيز فرص المعيشة المحلية إلى أقصى حد ممكن.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)



- إشراك السكان المنكوبون وعمال البناء المحليون والسلطات المختصة في الاتفاق على ممارسات البناء والمواد المأمونة والخبرة التي تزيد من فرص المعيشة المحلية بأقصى قدر ممكن (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣).
- ضمان حصول السكان الذين لا يملكون الطاقة أو القدرة على الاضطلاع بأنشطة إعادة البناء على الدعم الإضافي أو الموارد اللازمة (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣).
- تقليل المخاطر الهيكلية ومواطن الضعف إلى أدنى حد ممكن عن طريق وضع مواصفات مناسبة فيما يتعلق بالبناء والمواد المختارة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٤ و٥).
- الالتزام بالمعايير المتفق عليها فيما يتعلق بمواد البناء وجودة العمل (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٥ و٦).

- إدارة عملية توفير مواد البناء والعمالة والمساعدة التقنية والحصول على الموافقات التنظيمية عن طريق تطبيق الممارسات الإدارية المناسبة والملزمة في مجال العطاءات والبناء (الملاحظة الإرشادية رقم ٧).
- إتاحة إمكانية صيانة مآوي العائلات الفردية وتحسينها باستعمال الأدوات والموارد المتاحة محليا (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٨).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تتم كل عمليات البناء وفقا لممارسات ومعايير متفق عليها للبناء المأمون (انظر الملاحظات الإرشادية ٢-٧)
- ينبغي أن تعكس أنشطة البناء مشاركة السكان المنكوبين وأن تزيد فرص المعيشة المحلية بأقصى قدر ممكن (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٢ و٨).

الملاحظات الإرشادية

١- ***مشاركة السكان المنكوبين***: ينبغي أن تسترشد مشاركة السكان المنكوبين في أنشطة توفير المأوى والمسكن بالممارسات القائمة في مجال تخطيط المساكن والمستوطنات البشرية وبنائها وصيانتها. ويمكن لبرامج التدريب على اكتساب المهارات وخطط التعليم المهني أن تزيد فرص مشاركة السكان في البناء إلى أقصى حد ممكن، وعلى الأخص الأفراد الذين يفتقرون إلى المهارات أو الخبرة اللازمة في ميدان البناء. وينبغي تشجيع النساء من كل الأعمار على المشاركة في أنشطة إقامة المآوي والبناء والتدريب. ويمكن للأشخاص الأقل قدرة على الاضطلاع بمهام تتطلب قوة بدنية كبيرة أو مهارات تقنية معينة، أن يضطلعوا بمهام الإشراف والجرد وتوفير خدمات مؤقتة في مجالات رعاية الأطفال، أو إيواء الذين يعملون في البناء وإعداد الوجبات الغذائية لهم، بالإضافة إلى تقديم الخدمات الإدارية. كما ينبغي مراعاة التزامات السكان المنكوبين الأخرى من حيث الوقت والعمل. ويمكن تكميل المساعدة التي تقدمها فرق العمل الطوعية في المجتمعات المحلية أو العاملين بعقود، بمساهمة المستفيدين أنفسهم في بناء مآويهم. وتعد هذه المساعدة أساسية لمساندة ربات الأسر حيث يمكن أن تخضع النساء بشكل خاص للاستغلال الجنسي عندما يطلبن المساعدة لبناء مآويهن (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١، ومبدأ الحماية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٤، ومعيار اللوازم غير الغذائية رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٦٤). وقد يحتاج الأشخاص الذي يعانون من صعوبة في التنقل، وكبار السن وغيرهم من الأشخاص غير القادرين على الاضطلاع بأعمال البناء، بدورهم إلى المساعدة.

٢- ***الدراية والخبرة التقنيتان:*** ينبغي أن تكمّل الدراية التقنية في مجالات التصميم والبناء والإدارة، مهارات السكان المنكوبين وفهمهم، وأن توفر خبرة العمليات التقنية والتنظيمية الراسخة (انظر المعيار الأساسي رقم ٦ في الصفحة رقم ٦٧). وفي الأماكن المعرضة للكوارث الموسمية أو الدورية، يمكن الاستعانة بالاختصاصيين التقنيين الذي لهم خبرة سابقة في الحلول المناسبة المحلية أو أفضل الممارسات المعتمدة، في عملية التصميم والبناء.

٣- ***شراء المواد واستخدام عمال البناء***: من شأن توفير حلول أو مواد وأدوات الإيواء على وجه السرعة، إما بصورة منفصلة أو في شكل عُدة لوازم محددة مسبقاً أن يمّكن السكان المنكوبين من إقامة أو

بناء المآوي بنفسهم. وينبغي تشجيع دعم سبل المعيشة محلياً حيثما أمكن، عن طريق شراء مواد البناء والاستعانة بخبرات البناء المتخصصة والعمالة اليدوية محلياً استنادا إلى تقديرات وتحليلات سريعة للسوق. وإذا كان من شأن شراء المواد محليا أن ينطوي على آثار سلبية كبيرة على الاقتصاد المحلي أو على المحيط الطبيعي، فقد يلزم عندئذ القيام بالآتي: الاستعانة بمصادر متعددة، ومواد وسبل إنتاج بديلة، أو شراء المواد في الأسواق الإقليمية أو الدولية، أو نظم الإيواء الخاضعة لملكية خاصة (انظر معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٥٤). وينبغي تشجيع إعادة استعمال المواد المستخلصة من المباني التي لحق بها الضرر بعد تحديد ملكية هذه المواد.

٤- ***الوقاية من الكوارث وتقليل المخاطر***: ينبغي أن يراعي تصميم المآوي الظروف المناخية والكوارث الطبيعية المعروفة وأن يُكيّف لمواجهة آثار تغير المناخ. وينبغي تطبيق التغييرات في معايير البناء أو أساليب البناء في أعقاب الكارثة، بالتشاور مع السكان المنكوبين والسلطات المحلية المختصة.

٥- ***التصميم والبناء المأمونين للمباني العامة***: ينبغي تشييد المباني العامة المؤقتة أو الدائمة، كالمدارس ومرافق الرعاية الصحية، أو ترميمها بحيث تقاوم الكوارث وتضمن وصول الجميع إليها بسلامة. وينبغي أن تلتزم مثل هذه المرافق بمعايير البناء الخاصة بكل قطاع وبإجراءات الموافقة، بما في ذلك ما يلزم تهيئته للأشخاص الذي يعانون من صعوبة في التنقل أو الرؤية أو النطق لتسهيل وصولهم إلى المباني. وينبغي ترميم أو بناء مثل هذه المباني بالتشاور مع السلطات المختصة، والاستناد إلى بنية متفق عليها لتوفير الخدمات، واستراتيجية زهيدة الثمن للصيانة (انظر الحد الأدنى لمعايير التعليم من الآيني: الجهوزية، الاستجابة، التعافي).

٦- ***معايير البناء***: ينبغي الاتفاق مع السلطات المختصة على معايير وتوجيهات محددة في مجـال البناء لضمان تلبية متطلبات السلامة والأداء الأساسية. وفي حال عدم الالتزام بتطبيق مدونات البناء المحلية أو الوطنية حسب الأصول المرعية، ينبغي الاتفاق على تطبيقها تدريجيا بطريقة تراعي تقاليد السكن المحلية والظروف الجوية والموارد وقدرات البناء والصيانة وسهولة الوصول إليها وإمكانية شراؤها.

٧- ***إدارة عمليات الشراء والبناء:*** ينبغي وضع جدول زمني لتخطيط أعمال البناء. وينبغي أن يشمل هذا الجدول الزمني محاور رئيسية مثل تواريخ انتهاء البناء المزمعة، وإعادة توطين السكان النازحين في مآوٍ ومستقرات محددة، ووقت بدء أنماط الطقس الموسمية. كما ينبغي إنشاء نظام فعّال يخضع للمساءلة فيما يتعلق بالمشتريات وإدارة أعمال البناء ومواده والعمالة والإشراف على موقع البناء، يشمل التموين والشراء والنقل والمناولة والإدارة انطلاقا من المصدر ووصولا إلى كل موقع حسب الحاجة (انظر الأمن الغذائي: معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٤ في الصفحة رقم ١٨١).



٨- ***تحسين المباني وصيانتها***: لما كانت عمليات الإيواء العاجل لا توفر سوى الحد الأدنى من المساحة المسقوفة والمعونة المادية الضرورية، فكثيرا ما يتعين على العائلات المنكوبة أن تبحث عن وسائل بديلة لزيادة المساحة المسقوفة المتاحة لها أو تحسينها. وينبغي لشكل المأوى والمواد المستعملة في بنائه أن يسمح لكل عائلة بتكييفه تدريجيا أو تحسينه أو تحسين بعض جوانبه لتلبية حاجاتها في الأجل الطويل باستعمال الأدوات والمواد المتاحة على الصعيد المحلي (انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٦٤).

معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٥ : الوقع البيئي

ينبغي لحلول المأوى والمسكن وتموين المواد وتقنيات البناء المتبعة أن تقلل الأثار الضارة على البيئة الطبيعية المحلية إلى إدنى حد ممكن.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تقدير وتحليل الآثار الضارة للكارثة على البيئة الطبيعية المحلية، والأخطار ومواطن الضعف البيئية (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ١)
- مراعاة مدى توافر الموارد الطبيعية المحلية عند تخطيط الإسكان المؤقت أو الدائم للسكان المنكوبين (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣).
- تدبير الموارد البيئة الطبيعية المحلية لتلبية الحاجات الحالية والمقبلة للسكان المتضررين من الكارثة (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣).
- تقليل الآثار الضارة على موارد البيئة الطبيعية المحلية التي يمكن أن يسببها إنتاج مواد البناء وتوفيرها وعملية البناء نفسها (انظر الملاحظات الإرشادية ٣-٤).
- ينبغي الاحتفاظ بالأشجار وغيرها من النباتات حيثما أمكن لزيادة درجة احتفاظ التربة بالماء، والحد من تعرية الأرض، وتوفير الظل (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- تعاد مواقع المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة إلى حالتها الأصلية حالما تنتفي الحاجة إليها، ما لم يُتفق على خلاف ذلك (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يبين تخطيط العودة أو الاستضافة أو المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة الحرص على تقليل الآثار الضارة على البيئة الطبيعية إلى أدنى حد ممكن و/أو التخفيف منها (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٦).
- ينبغي السعي، في عملية البناء وتوفير المواد لكل حلول الإيواء، إلى تقليل أو تخفيف الآثار الضارة على البيئة الطبيعية المحلية إلى أدنى حد ممكن (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٤).

الملاحظات الإرشادية

١- ***تقدير الآثار البيئية:*** ينبغي تقدير وقع الكارثة على البيئة الطبيعية لتحديد الأنشطة المطلوبة في مجال الاستجابة للكارثة والتخفيف من آثارها الضارة. فكثيرا ما تكون العديد من الكوارث الطبيعية، مثل الانجرافات الأرضية، النتيجة المباشرة لسوء إدارة موارد البيئة الطبيعية. وقد تعود أيضا إلى الأخطار أو مواطن الضعف البيئية القائمة، كالفيضانات الموسمية في المناطق المنخفضة أو

قلة موارد البيئة الطبيعية التي يمكن استخلاصها بشكل مأمون. ويُعد فهم هذه الأخطار أساسيا لتخطيط المستوطنات البشرية ولضمان التصدي لإمكانيات التأثر المعروفة، بما فيها وقع تغيير المناخ، في إطار هذه الاستجابة.

٢- ***ديمومة الموارد البيئية وإدارتها***: ينبغي بذل الجهود اللازمة لتقييد الطلب غير المحدود على موارد الطبيعة في كل محيط تكون فيه الموارد اللازمة لتلبية حاجات الأعداد المتزايدة من السكان محدودة. وإذا كانت هذه الموارد الطبيعية متاحة، وجب إدارة المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة بما يكفل التقليل من الأضرار البيئية إلى أدنى حد ممكن. وينبغي توفير وتدبير الإمدادات الخارجية المتجددة من الوقود، وإدارة خيارات رعي الماشية والإنتاج الزراعي والأنشطة المعيشية التي تعتمد على الموارد الطبيعية. وقد يكون تقليل عدد المستوطنات البشرية مع زيادة حجمها، أكثر استدامة عن زيادة عدد المستوطنات البشرية المشتتة ذات الحجم الأصغر التي يصعب إدارتها ومراقبتها. وينبغي مراعاة وقع حاجات السكان الذين يستضيفون السكان المنكوبين أو الذين يقيمون بالقرب من المنطقة المنكوبة على موارد البيئة الطبيعية.

٣- ***تخفيف الوقع البيئي الطويل الأجل***: ينبغي إدارة موارد البيئة الطبيعية على كل مستويات التخطيط. وعندما يكون لتوفير المآوي للسكان المنكوبين وقع ضار ملموس على البيئة، بسبب استنفاد الموارد المحلية الطبيعية مثلا، ينبغي بذل الجهود اللازمة لتقليل هذا الوقع في الأجل الطويل عن طريق تنظيم أنشطة تكميلية لإدارة البيئة وإعادة تأهيلها. ويُنصح باستشارة الوكالات المناسبة المعنية بالبيئة.

٤- ***توفير مواد البناء***: ينبغي تقدير الوقع البيئي لتوفير الموارد الطبيعية، كالماء وخشب البناء والرمل والتربة والحشائش والوقود اللازم لصناعة الطوب وقرميد السقوف. كما ينبغي التعرف على المستفيدين الاعتياديين من هذه الموارد، ومعدلات استخراجها وتجددها، ومن يملك هذه الموارد أو يسيطر عليها. ويمكن للمصادر البديلة أو التكميلية أن تدعم الاقتصاد المحلي وأن تقلل الوقع السلبي الطويل الأجل على البيئة الطبيعية المحلية. وينبغي تشجيع استعمال موارد متعددة وإعادة استعمال المواد التي لم يلحق بها ضرر، والمواد وعمليات الإنتاج البديلة (كاستعمال قوالب الطوب المجفف). وينبغي تكميل ذلك بأنشطة ترمي إلى تقليل هذه الأضرار كإعادة التحريج.

٥- ***التعرية***: ينبغي تخطيط حلول المأوى والمستوطنات البشرية بشكل يتيح الاحتفاظ بالأشجار الموجودة وغيرها من النباتات للمحافظة على استقرار التربة، وللاستفادة مما توفره من ظل وحماية من الظروف الجوية. وينبغي تخطيط الطرق والدروب وشبكات الصرف بطريقة تستفيد من التضاريس الطبيعية بشكل يقلل من عوامل التعرية والفيضانات. وفي حال تعذر تحقيق هذه المعايير، ينبغي اتخاذ تدابير مناسبة للحد من عوامل التعرية المحتملة كحفر قنوات الصرف وتركيب أنابيب صرف المياه تحت الطرق أو إقامة تلال مزروعة للحد من انسياب الماء (انظر معيار الصرف الصحي رقم ١ في الصفحة رقم ١٦٦).



٦- ***إغلاق المستوطنات البشرية:*** ينبغي تحسين التجدد الطبيعي للبيئة داخل المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة وحولها عن طريق اتخاذ تدابير مناسبة لإعادة تأهيل البيئة. وينبغي تنظيم الإغلاق المحتمل لهذه المستوطنات البشرية بطريقة تضمن إزالة كل المواد أو النفايات التي لا يمكن استعمالها من جديد أو التي يمكن أن تلحق آثارا ضارة بالبيئة.

٢- اللوازم غير الغذائية: الملابس والأفرشة وعُدّة المنزل

تلبي الملابس والبطاطين والأفرشة أكثر حاجات الإنسان خصوصية، حيث أنها تحميه من الظروف الجوية وتحفظ صحته وكرامته وحرمته. ويلزم تزويد العائلات بمواد وإمدادات أساسية تلبي حاجتها إلى المحافظة على نظافتها، وإعداد طعامها وتناوله، وتأمين راحتها الحرارية، وتمّكنها من بناء مآويها وصيانتها وترميمها (انظر معيار النهوض بالنظافة رقم ٢ في الصفحة رقم ٨٤ ومعيار الإمداد بالماء رقم ١ في الصفحة رقم ٩٢).

إن لكل السكان المنكوبين، سواء كانوا قادرين على العودة إلى موقع سكنهم الأصلي، أو كانت تستضيفهم أسر أخرى، أو تم إيواؤهم في مستقرات جماعية مؤقتة، حاجات فردية وعائلية إلى اللوازم غير الغذائية يجب تقديرها وتلبيتها حسب الحاجة. وقد يحتاج السكان الذين تضرروا بصورة غير مباشرة من الكارثة، وبالأخص الأسر المضيفة، إلى مساعدة من حيث اللوازم غير الغذائية لمواجهة العبء الإضافي لاستضافة النازحين أو وقع الكارثة على الاقتصاد المحلي والحصول على مثل هذه المواد.

وعلى الرغم من أن توزيع اللوازم غير الغذائية يُعد نشاطا شائعا من أنشطة الاستجابة، لا بد من التفكير أيضا في توزيع النقود أو القسائم للحصول على مثل هذه اللوازم غير الغذائية حيث تكون الأسواق المحلية قائمة (انظر الأمن الغذائي – معيار التحويلات النقدية والقسائم رقم ١ في الصفحة رقم ١٩٣).

ولا يلزم توفير معلومات أو تعليمات إضافية بشأن طريقة استعمال اللوازم المخصصة للاستعمال الشخصي أو العائلي. بينما يلزم توفير توجيهات تقنية إضافية فيما يتعلق بلوازم دعم ترميم أو بناء المآوي، مثل مواد البناء والتثبيت والأدوات لاستعمالها بطريقة سليمة وفعالة. وبالمثل، ينبغي تنظيم أنشطة ملائمة للنهوض بالنظافة فيما يتعلق بالمواد التي تلبي حاجات النظافة الشخصية (انظر معياري النهوض بالنظافة رقمي ١ و٢ في الصفحات ٨٦-٨٩).

معيار اللوازم غير الغذائية رقم ١ : مواد الدعم الشخصي والعائلي والسكني

ينبغي تزويد السكان المنكوبين بما يكفي من مواد الدعم الشخصي والعائلي والسكني لتأمين كرامتهم وسلامتهم وراحتهم.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تقدير حاجات السكان المنكوبين المختلفة إلى اللوازم غير الغذائية (انظر الملاحظات الإرشادية ١ و٢ ومعيار الإمداد بالماء رقم ٣ في الصفحة رقم ٩٨).
- تحديد اللوازم غير الغذائية التي يمكن توفيرها محليا، أو التي يمكن أن يحصل عليها السكان المنكوبون أنفسهم، وذلك عن طريق تزويدهم بمساعدات نقدية أو قسائم (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٣).
- النظر في مدى ملاءمة اللوازم غير الغذائية ضمن طرد معين (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٤).
- تخطيط عملية توزيع كل اللوازم غير الغذائية بطريقة منّظمة وشفافة ومنصفة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٥).
- توفير التعليمات والمشورة التقنية في مجـال استعمال لوازم دعم الإيواء حسب الحاجة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).
- التخطيط لتوريد اللوازم غير الغذائية من أجل السكان النازحين لمدة طويلة (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٧).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية).

- ينبغي تلبية الحاجات المقدرة لكافة السكان المتضررين من الكارثة إلى اللوازم غير الغذائية (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٧).

الملاحظات الإرشادية

١- ***تقدير الحاجات:*** ينبغي تقدير الحاجات إلى اللوازم الشخصية ولوازم النظافة الشخصية واللوازم المنزلية العامة، كلوازم حفظ الطعام وإعداده، ولوازم تلبية حاجات الإيواء، كقِطع المشمع أو الأدوات أو مواد البناء. وينبغي التمييز بين الحاجات الفردية والجماعية، بالأخَص فيما يتعلق بالطهي والوقود. ويمكن تلبية الحاجات إلى اللوازم غير الغذائية باستعمال مواد مألوفة يمكن توفيرها محليا. وينبغي مراعاة حاجات السكان النازحين والمارين إلى الصناديق والحقائب أو غيرها من الحاويات المشابهة لخزن السلع الشخصية والعائلية ونقلها. وينبغي أن يشكل توفير اللوازم غير الغذائية جزءا من خطة الاستجابة الشاملة للكارثة (انظر المعايير الأساسية ١-٣ في الصفحات ٥١-٥٧، ومعيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ١ في الصفحة رقم ٢٣٩).



٢- ***المرافق الجماعية:*** ينبغي توفير اللوازم غير الغذائية لدعم النظافة الشخصية والصحة وتحضير الطعام والطهي، الخ، في المدارس وغيرها من المرافق الجماعية. كما ينبغي توفير المواد الترفيهية ومواد التعليم. وينبغي إقامة روابط بين قطاعي الصحة والتعليم بحيث تدعم رسائل الصحة والنظافة العامة الاستعمال المناسب للوازم غير الغذائية (انظر معياري النهوض بالنظافة ١ و٢ في الصفحات ٨٦-٨٩ والحد الأدنى لمعايير التعليم من الآيني: الجهوزية، الاستجابة، التعافي).

٣- ***توفير اللوازم غير الغذائية:*** تؤثر الكوارث في الاقتصاد المحلي وفي قنوات التموين. وكثيرا ما يستدعي ذلك استيراد اللوازم غير الغذائية من الخارج وتوزيعها مباشرة على الأفراد أو العائلات أو المجتمعات المحلية. ويمكن، بفضل تحليل سريع للسوق في إطار التقدير الأولي للحاجات، تحديد ما إذا كان من الممكن توفير اللوازم غير الغذائية المألوفة إما محليا أو من المناطق المجاورة التي لم تتضرر من الكارثة. وفي الحالات التي لم يتأثر فيها الاقتصاد المحلي من الكارثة، أو حيث يمكن دعمه عن طريق مساعدات محددة في شكل تموين أو إدارة قنوات الإمداد، يمكن للنقود أو القسائم أو كليهما أن تمكن السكان المنكوبين من تدبير حاجاتهم الخاصة إلى الإغاثة (انظر الأمن الغذائي: معيار التحويلات النقدية والقسائم رقم ١ في الصفحة رقم ١٩٣). وينبغي تخطيط مثل هذه المساعدة لتفادي تضرر السكان المستضعفين ولتلبية الحاجات في مجـال مواد الإغاثة.

٤- ***طرود الإغاثة:*** كثيرا ما تُعبأ اللوازم غير الغذائية وتخزن مسبقا، استنادا إلى مواصفات ومضامين نموذجية. وينبغي تحديد كمية ومواصفات اللوازم غير الغذائية التي يتضمنها الطرد العائلي استنادا إلى عدد الأشخاص الذين يكّونون العائلة النموذجية، وسنهم وجنسهم، ووجود أشخاص ذوي حاجات خاصة، بالإضافة إلى اللوازم التي تراعي التقاليد.

٥- ***التوزيع:*** ينبغي تخطيط أساليب التوزيع الفعالة والمنصفة بالتشاور مع السكان المنكوبين. وينبغي إحاطة السكان علما بعمليات التوزيع المذكورة وبإجراءات التسجيل أو التقدير المطلوبة للاستفادة منها. وينبغي تسجيل السكان رسميا أو توزيع بطاقات التموين عليهم. كما يجب التأكد من عدم إهمال الأفراد الضعفاء أو العائلات الضعيفة في قوائم التوزيع، وضمان حصولهم على المعلومات اللازمة واللوازم الموزعة. وينبغي إقامة نظام للتظلم يعالج المشاكل التي تطرحها عملية التسجيل أو التوزيع. ويستحسن استشارة السلطات المحلية المختصة بشأن أنسب موقع لتوزيع اللوازم الغذائية يضمن وصول المستفيدين إليه ومغادرتهم له بشكل مأمون. وينبغي مراعاة مسافات السير والتضاريس وترتيبات وتكاليف نقل السلع الكبيرة الحجم، كمواد دعم المآوي. وينبغي الاضطلاع برصد عمليات توزيع اللوازم غير الغذائية واستعمالها لتقدير مدى ملاءمة عمليات التوزيع واللوازم غير الغذائية نفسها (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٥ في الصفحة رقم ١٨٥).

٦- ***الترويج والتوجيه والإرشاد التقني:*** ينبغي أن تكون اللوازم الشخصية والمنزلية العامة مألوفة للسكان المتضررين من الكارثة، بحيث يمكن لهم استعمالها دون الاستعانة بإرشادات إضافية. غير أنه يلزم توفير إرشادات وتعليمات تقنية حسب الحاجة لتكميل توفير لوازم دعم إقامة المآوي مثل مواد البناء والأدوات وعُدة التثبيت (انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٦٤). ويمكن طبع رسوم مبسطة على الطرود لتوضيح طريقة استعمال المادة بشكل مأمون لترميم أو بناء مأوى مأمون ومناسب. وينبغي إشراك السكان المنكوبين واختصاصيي البناء

المحليين في أنشطة التوعية في الموقع (مثل ترميم أو بناء مآوٍ لأغراض الإيضاح) لفهم أساليب البناء المطلوبة بشكل أفضل. وينبغي إطلاع القائمين بأعمال البناء على نقاط الضعف في تصميم وبناء المساكن والمستوطنات البشرية قبل وقوع الكارثة، التي ربما تكون قد ساهمت في الأضرار أو التدمير الذي لحق بالمنازل، وإطلاعهم أيضا على الأمثلة المحلية للممارسات الجيدة التي ساهمت في مقاومة المنازل للكارثة.

٧- ***إعادة تكوين المخزون:*** عند تخطيط عمليات توزيع الإغاثة، ينبغي مراعاة معدل الاستهلاك ومدة الاستعمال الناتجة عنه، وقدرة السكان المنكوبين على إعادة تكون المخزون من هذه اللوازم.

معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٢ : الملابس والأفرشة

يُزود السكان المنكوبون بما يكفي من ملابس وبطاطين وأفرشة لتأمين راحتهم الشخصية وكرامتهم وصحتهم ورفاههم.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية).

- بيان حاجات كل من النساء والفتيات والرجال والصبيان من كل الأعمار، بمن فيهم الرضع والأفراد الضعفاء أو المهمشين إلى الملابس وضمان حصولهم على الملابس المطلوبة بالقياس المناسب وبالتصميم الذي يراعي التقاليد والموسم والمناخ (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٥).
- بيان حاجات السكان المنكوبين إلى البطاطين والأفرشة وضمان حصولهم عليها حسب الحاجة بما يكفل لهم الراحة الحرارية / الدفء ويتيح لهم اتخاذ ترتيبات مناسبة للنوم (انظر الملاحظات الإرشادية ٢-٥).
- تقدير الحاجة إلى الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات وتوفيرها حسب الحاجة (انظر معايير مكافحة نواقل الأمراض ١-٣ في الصفحات ١٠٧-١١١).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية).



- ينبغي أن تحصل النساء والفتيات والرجال والصبيان على مجموعتين كاملتين من الملابس على الأقل بالقياس المناسب. وينبغي أن تكون هذه الملابس ملائمة للعادات المحلية والموسم والمناخ. (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٥).
- ينبغي تزويد كل السكان المنكوبين بمجموعة من البطاطين والأفرشة وحصائر أو حاشيات للنوم، وبناموسيات عولجت بمبيدات الحشرات حيثما لزم الأمر لتأمين الراحة الحرارية الكافية، ولتمكين السكان من ترتيب منامهم (انظر الملاحظات الإرشادية ٢-٥، ومعايير مكافحة نواقل الأمراض ١-٣ في الصفحات١٠٧-١١١).

الملاحظات الإرشادية

١- ***ملابس كافية***: ينبغي أن يحصل السكان المنكوبون جميعاً على ملابس كافية لضمان راحتهم وكرامتهم وصحتهم ورفاههم. ولتحقيق ذلك، يلزم توفير مجموعتين على الأقل من القطع الأساسية، وعلى الأخص الملابس الداخلية لكي يتاح للناس تبديل ملابسهم وغسلها.

٢- ***الطابع المناسب للملابس***: ينبغي أن تكون الملابس (بما في ذلك الأحذية حسب الحاجة) مناسبة للظروف الجوية والتقاليد الثقافية، وأن توفر بالقياسات المطلوبة. وينبغي تزويد الرضع والأطفال حتى سن عامين ببطانية إلى جانب الملابس المناسبة لسنهم. وينبغي أن تكون مناسبة للعادات المحلية وأن توفر بكميات كافية لكي يتمكن أفراد الأسرة من تنظيم نومهم حسب حاجتهم.

٣- ***الأداء الحراري:*** ينبغي مراعاة الخصائص العازلة للملابس والأفرشة وأثر الظروف الجوية الرطبة على أدائها الحراري. وينبغي توفير مجموعة مناسبة من الملابس والأفرشة لتأمين درجة مقبولة من الدفء. وقد يكون من الأنسب توفير حصائر عازلة للنوم لمقاومة فقدان الحرارة عبر الأرض بدلا من توفير بطاطين إضافية.

٤- ***المتانة***: ينبغي أن تمتاز الملابس والأفرشة التي يجري توفيرها بالمتانة الكافية لتحّمل التلف العادي الناجم عن الاستعمال المطول.

٥- ***الحاجات الخاصة:*** ينبغي توفير قطع إضافية من الملابس والأفرشة لأكثر الأفراد عرضة للخطر، أي الأشخاص الذين يعانون من مشاكل سلس البول، والأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، والنساء الحوامل والمرضعات، وكبار السن، والأشخاص الذين يعانون من صعوبة الحركة. ويتعرض الرضع والأطفال وكبار السن، والأشخاص الذين يعانون من صعوبة الحركة أكثر من غيرهم لفقدان الحرارة، وبالتالي فقد تلزمهم ملابس وبطاطين إضافية وغير ذلك للمحافظة على حرارة جسمهم في مستوىً مناسب. وقد يحتاج كبار السن والمرضى أو ذوي الإعاقة، إلى عناية خاصة كتوفير الحشايا أو الأسّرة المرتفعة.

معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٣ : أواني الطهي ولوازم تناول الطعام

ينبغي أن يحصل السكان المنكوبون على أواني تراعي التقاليد لتحضير الطعام وحفظه، وللطهي وتناول الطعام والشرب.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تشخيص حاجات السكان المنكوبين في مجـال تحضير الطعام وحفظه والطهي وتناول الطعام والشرب، وضمان حصولهم على مواد تراعي تقاليدهم حسب الحاجة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تحصل كل عائلة أو مجموعة مكونة من أربعة إلى خمسة أفراد على قِدرين كبيري الحجم للطهي بمقبض وغطاء، وإناء لتحضير الطعام أو تقديمه، وسكين، وملعقتين كبيرتين (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ينبغي أن يحصل السكان المنكوبون جميعاً على صحن للأكل وملعقة معدنية وكأس للشرب (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).

الملاحظات الإرشادية

١- ***لوازم مناسبة***: ينبغي مراعاة العادات السائدة عند اختيار أواني الطهي ولوازم تناول الطعام، وينبغي أن يكون استعمالها مأموناً. وينبغي استشارة النساء أو من يضطلع عادة بتحضير الطعام عند اختيار هذه اللوازم. وينبغي تحديد كمية أواني الطهي استنادا إلى التقاليد السائدة، كاستعمال مختلف الأسر ضمن منزل واحد لوازم منفصلة للطهي، أو فصل أنواع معينة من الأغذية أثناء تحضير الطعام. وينبغي أن يكون حجم أواني الطهي وتناول الطعام ذات حجم يناسب كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة والأطفال.

٢- ***المواد***: ينبغي أن تكون كل اللوازم البلاستيكية (الأحواض، الأواني، أوعية جمع الماء، أوعية حفظ الماء، الخ) مصنوعة من البلاستيك المناسب لحفظ الأغذية. وينبغي أن تكون كل اللوازم المعدنية (السكاكين والأواني والصحون والكؤوس، الخ) مصنوعة من الفولاذ غير القابل للصدأ أو المطلي.



معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٤ : المواقد والوقود والإنارة

ينبغي أن يحصل السكان المنكوبون جميعاً على موقد مأمون لا يستهلك الكثير من الوقود، وعلى الإمدادات اللازمة من الوقود أو الطاقة المنزلية، أو إمكانية الاستفادة من مرافق الطهي الجماعية. كما ينبغي أن تحصل كل عائلة على الوسائل المناسبة لتوفير إنارة اصطناعية دائمة لضمان أمنها الشخصي.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تشخيص وتلبية حاجات الأسر إلى الطهي والتدفئة عن طريق تأمين حصولهم على مواقد مأمونة لا تستهلك الكثير من الطاقة، وعلى الإمدادات اللازمة من الوقود أو الطاقة المنزلية، أو إمكانية الاستفادة من مرافق الطهي الجماعية (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- التأكد من إمكانية استعمال المواقد بشكل مأمون وتقليل مخاطر الحريق إلى أدنى حد ممكن (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣).
- البحث عن موارد الوقود أو الطاقة المحلية المستديمة من الناحيتين الاقتصادية والبيئية، واستعمالها من باب الأولوية (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- ضمان استخلاص الوقود وخزنه بطريقة سليمة وآمنة (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- تشخيص وتلبية حاجات كل أسرة إلى الوسائل المستديمة لتوفير الإنارة الاصطناعية، والحصول على أعواد الثقاب أو وسائل بديلة مناسبة لإشعال الوقود أو الشموع وما إلى ذلك (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- يستعمل السكان المنكوبون مواقد فعالة من حيث استهلاك الطاقة، مع ما يلزمهم من إمدادات الوقود أو الطاقة المحلية (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣)
- ضمان تفادي إصابة الناس بأذى عند استعمال المواقد وحصولهم على الوقود وخزنه (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٤ و٥).
- ينبغي أن يحصل السكان المنكوبون على وسائل مستديمة لتوفير الإنارة الاصطناعية، والحصول على أعواد الثقاب أو وسائل بديلة مناسبة لإشعال الوقود أو الشموع وما إلى ذلك (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ٦).

الملاحظات الإرشادية

١- ***المواقد***: ينبغي مراعاة التقاليد المحلية السارية عند تحديد مواصفات المواقد. وينبغي تشجيع أساليب الطهي الاقتصادية من حيث استهلاك الطاقة، بما في ذلك استعمال المواقد الفعالة من حيث استهلاك الطاقة، وتحضير الحطب، ومراقبة النار، وإعداد الطعام والطهي المشترك، الخ. وعندما يقيم السكان النازحون في مآوٍ جماعية، ينبغي تفضيل مرافق الطبخ والتدفئة الجماعية أو المركزية على المواقد الفردية لكل عائلة، وذلك لتقليل خطر نشوب حرائق وتلوث المآوي بالدخان (انظر الأمن الغذائي – معيار توصيل المواد الغذائية رقم ٢ في الصفحة رقم ١٧٧).

٢- ***التهوية***: ينبغي تجهيز المواقد بمداخن لطرد الغازات أو الدخان خارج المأوى بطريقة آمنة في حال استعمالها داخل مكان مغلق. ويمكن أيضا الاستفادة من موقع الموقد ومنافذ المأوى المحمية من تقلبات الظروف الجوية لضمان التهوية المناسبة وتقليل خطر التلوث الداخلي ومشكلات التنفس إلى أدنى حد ممكن.

٣- ***السلامة من الحرائق***: ينبغي تأمين الفصل المأمون بين الموقد وعناصر المأوى. وينبغي وضع المواقد الداخلية على قاعدة غير قابلة للاحتراق، وعزل أنبوب المدخنة الذي يخترق هيكل المأوى بمادة غير قابلة للاحتراق. وينبغي وضع المواقد بعيدا عن المداخل، بطريقة تتيح المرور الآمن أثناء استعمالها.

٤- ***ديمومة مصادر الوقود***: ينبغي إدارة مصادر الوقود، لا سيما عندما تعتمد المجتمعات المضيفة أو المجاورة عليها أيضاً. وينبغي إعادة تكوين المخزون وتجديده من أجل ضمان ديمومة إمداداته، مثل زراعة الأشجار لجني الحطب بهدف التقليل من جمع الحطب من الغابات الموجودة أو وضع حد له. كما ينبغي دعم استعمال مصادر الوقود غير التقليدية مثل القطع المصنوعة من بقايا النجارة وغيره من المواد العضوية، حيثما كان ذلك مقبولا لدى السكان المنكوبين.

٥- ***جمع الوقود وخزنه:*** ينبغي استشارة السكان المنكوبين، وبالأخص النساء والفتيات بخصوص مكان جمع الوقود ووسائل جمعه لأغراض الطهي والتدفئة من أجل معالجة قضايا السلامة الشخصية. وينبغي معالجة مسألة عبء جمع الوقود المفروض على فئات ضعيفة بصفة خاصة، كالنساء ربات الأسر والأسر التي ترعى أشخاصا مصابين بأمراض مزمنة أو الذين يعانون من صعوبة في التنقل. لذا يستحسن تشجيع استعمال أنواع من الوقود لا يمثل جمعه عبئا كبيراً على من يجمعه، واستعمال مواقد تستهلك كميات قليلة من الوقود، وتوفير مصادر قريبة لجمع الوقود. وينبغي خزن الوقود على بعد مسافة مأمونة من الموقد نفسه. وينبغي حفظ الوقود السائل كالبنزين في مكان لا يمكن للأطفال والرضع بلوغه.



٦- ***الإضاءة الصناعية:*** يمكن أن توفر الفوانيس والشموع مصدرا مألوفا ومتاحا فورا للإضاءة، علما بأنه ينبغي تقدير خطر الحرائق الذي يمكن أن يستتبعه استعمال مثل هذه المواد. وينصح بتوفير أنواع أخرى من الإضاءة الصناعية لتحقيق السلامة الشخصية في المستوطنات البشرية وحولها حيث لا توجد إضاءة عمومية. كما ينبغي التفكير في استعمال إضاءة صناعية لا تستهلك الكثير من الطاقة، مثل مصابيح الصمامات الثنائية التي تشع الضوء، وتوفير الألواح الشمسية لتوليد الطاقة الكهربائية محلياً.

معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٥ : الأدوات ومواد التثبيت

ينبغي أن يحصل السكان المنكوبون، إذا كانوا مسؤولين عن بناء مأواهم أو صيانته أو إزالة الأنقاض، على الأدوات ومواد التثبيت اللازمة والتدريب الإضافي للاضطلاع بهذه المهمة .

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- بيان وتلبية حاجات السكان المسؤولين عن بناء جزء من منازلهم أو مرافقهم الجماعية أو كلها، أو عن إجراء أعمال الصيانة الأساسية أو إزالة الأنقاض، إلى الأدوات ومواد التثبيت (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ضمان الاتفاق على، وفهم الآليات المناسبة لاستعمال الأدوات ومواد التثبيت وصيانتها وحفظها، حيثما تم توفيرها لاستعمالها جماعيا أو تقاسمها (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- توفير التدريب أو المشورة عند اللزوم، في مجـال استعمال الأدوات وأعمال البناء والصيانة وإزالة الأنقاض (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي تجهيز كل الأسر أو الجماعات المجتمعية بالأدوات والمعدات التي تتيح لها الاضطلاع بأعمال البناء أو الصيانة أو إزالة الأنقاض بطريقة مأمونة عند الاقتضاء (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ينبغي توفير التدريب والتوعية بالاستعمال المأمون للأدوات ومواد التثبيت الموزعة على كل العائلات أو جماعات المجتمع المحلي (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).

الملاحظات الإرشادية

١- ***عُدة الأدوات النموذجية***: ينبغي أن تكون الأدوات ومواد التثبيت الموزعة مألوفة للسكان ومناسبة لظروفهم. وينبغي التفكير في توفير مواد التثبيت كالمسامير من مختلف الأحجام، وأسلاك الحديد المجلفن والحبال، والأدوات التي تساعد على التخطيط والقياس. وينبغي توفير أدوات مشتركة حيثما أريد استعمالها في المباني العامة ولفترة محدودة، أو حيثما كانت مثل هذه الموارد محدودة. وينبغي الاتفاق على الاشتراك في استعمال هذه المواد وصيانتها وحفظها قبل توزيعها.

٢- ***الأنشطة المعيشية***: ينبغي أن تكون الأدوات التي تجّهز بها العائلات مناسبة أيضا للاضطلاع بأنشطتها المعيشية، حيثما أمكن. وينبغي مراقبة استعمال الأدوات لتفادي الآثار السلبية على البيئة (مثل جني الموارد الطبيعية دون ترخيص أو بطريقة لا تضمن ديمومتها، الخ) وتقاسم مثل هذه الأدوات أو الاشتراك في استعمالها.

٣- ***التدريب والمساعدة التقنية***: ينبغي توفير التدريب أو التوعية بأهمية الاستعمال المأمون للأدوات وصيانتها، فضلا عن التدريب على تخطيط الأنشطة. وينبغي أن تحصل النساء ربات الأسر والأشخاص الضعفاء الآخرون، على مساعدة من أفراد الأسرة الممتدة أو الجيران أو العمال المأجورين للاضطلاع بأعمال البناء أو بمهام الصيانة (انظر معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٤، والملاحظة الإرشادية رقم ١ في الصفحة رقم ٢٥٢).

المرفق رقم ١

قائمة مرجعية لتقدير الحاجات في مجـال المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية

يمكن الاسترشاد بقائمة الأسئلة التالية واستعمالها كمرجع للتأكد من أنه قد تم جمع المعلومات اللازمة لتنفيذ عمليات إقامة المأوى والمستوطنات البشرية في أعقاب الكوارث. وليست الأسئلة الواردة أدناه إجبارية، بل يمكن الاستعانة بها وتكييفها حسب الظروف. ويفترض أن يجمع الأشخاص المعنيون معلومات عن الأسباب الكامنة للكارثة، والوضع الأمني، والتركيبة السكانية الأساسية للسكان النازحين والمستضيفين، والشخصيات التي ينبغي استشارتها والاتصال بها (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧).

١- المأوى والمستوطنات البشرية

التقدير والتنسيق

- هل وضعت السلطات والوكالات المختصة آلية متفق عليها للتنسيق؟
- ما هي البيانات الأساسية المتاحة عن السكان المنكوبين، وما هي الأخطار المعروفة والمخاطر ومواطن الضعف التي تطرحها المآوي والمستقرات؟
- هل توجد خطة طوارئ يمكن أن تستند إليها الاستجابة؟
- ما هي المعلومات المتاحة بالفعل من التقديرات الأولية؟
- هل من المخطط إجراء تقدير مشترك بين الوكالات و/أو القطاعات، وهل يشمل هذا التقدير المأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية؟



التركيبة السكانية

- ما هو عدد أفراد العائلة العادية؟
- ما هو عدد الأشخاص، المصنفين حسب الجنس والعمر، ضمن السكان المنكوبين، الذين يكوّنون مجموعات من الأفراد لا تشكل عائلات تقليدية (كالأطفال غير المصحوبين) أو أقليات معينة ليس حجم أسرها شائعا؟
- ما هو عدد الأسر التي تفتقر إلى مأوى مناسب، وأين هي؟

- ما هو عدد الأشخاص، المصنفين حسب الجنس والعمر، الذين لا ينتمون إلى عائلة معينة والذين لا مأوى لهم، أو الذين يقيمون في مأوى غير مناسب وأين هم؟
- ما هو عدد العائلات المنكوبة، دون مأوى مناسب، التي لم تنزح من مكانها ويمكن مساعدتها في موقع إقامتها الأصلية؟
- ما هو عدد العائلات المنكوبة دون مأوى مناسب التي نزحت والتي ستحتاج إلى أن تأويها أسر مستضيفة أو الإقامة في مستقرات جماعية مؤقتة؟
- ما هو عدد الأشخاص، المصنفين حسب الجنس والعمر، الذين يفتقرون إلى المرافق الجماعية، كالمدارس والعيادات الصحية والمراكز المجتمعية؟

المخاطر

- ما هي المخاطر الوشيكة التي يطرحها الافتقار إلى مأوى مناسب على الحياة، وما هو عدد الأشخاص المعرضين لهذا الخطر؟
- ما هي المخاطر الإضافية المحتملة على حياة السكان المنكوبين وصحتهم وأمنهم الناجمة عن تعذر تزويدهم بمأوٍ نتيجة للكارثة؟
- ما هي المخاطر المحددة التي يواجهها الأشخاص المعرضون للخطر، بمن فيهم النساء والأطفال والقُصرّ الوحيدين، وذوي الإعاقة أو مرض مزمن، بسبب نقص المآوي المناسبة، ولماذا؟
- ما هو وقع وجود سكان نازحين على السكان المستضيفين؟
- ما هي احتمالات النزاع أو التمييز ضمن أو فيما بين مختلف الجماعات التي تشكل السكان المنكوبين؟

الموارد والقيود

- ما هي الموارد المادية والمالية والبشرية الحالية للسكان المنكوبين التي تتيح لهم تلبية بعضا من حاجاتهم العاجلة في مجـال الإيواء أو كلها؟
- ما هي القضايا المتعلقة بتوفر الأرض وملكيتها واستعمالها لتلبية حاجات الإيواء العاجلة، بما في ذلك المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة عند اللزوم؟
- ما هي فرص وحدود استقبال المجتمعات المستضيفة للأسر النازحة في منازلها أو في أراضٍ مجاورة؟
- ما هي فرص وحدود استعمال المباني القائمة المتاحة وغير المتضررة لإيواء الأسر النازحة مؤقتا؟
- ما هي الفرص التي توفرها الأنماط الحالية في مجـال ملكية الأرض واستعمالها والأراضي الخالية المتاحة والقيود المفروضة على استعمالها في تلبية حاجات الإيواء العاجلة؟
- ما هي الشروط والقيود الواردة في لوائح السلطات الحكومية المحلية فيما يتعلق بحلول الإيواء المقترحة؟

المواد والتصميم والبناء

- ما هي حلول الإيواء الأولى أو مواد بناء المآوي التي وفرها السكان المنكوبون أو جهات أخرى؟
- ما هي المواد التي يمكن استخلاصها من الموقع الذي لحقت به أضرار لاستعمالها في إعادة بناء مآوٍ؟
- ما هي عادات البناء الشائعة للسكان المنكوبين، وما هي المواد المختلفة المستعملة عادة لبناء الإطار العام للمأوى والسقف والجدران الخارجية؟
- ما هي التصاميم أو المواد البديلة المتاحة والمألوفة أو المقبولة للسكان المنكوبين؟
- ما هي سمات التصميم المطلوبة لضمان توفير حلول جاهزة ومأمونة للإيواء يمكن لجميع أفراد السكان المنكوبين استعمالها، وبالأخص من يعانون منهم من صعوبات في التنقل؟
- كيف يمكن تشخيص الأخطار ومواطن الضعف المستقبلية وتقليلها في حلول الإيواء المقترحة؟
- ما هو الأسلوب التقليدي لبناء المآوي، ومن هم الأشخاص الذين يضطلعون بالبناء عادة؟
- كيف يتم الحصول على مواد البناء عادة، ومن يحصل عليها؟
- كيف يمكن تدريب النساء والشباب وكبار السن أو مساعدتهم على المشاركة في بناء مأواهم، وما هي العراقيل التي تواجه مثل هذه المبادرات؟
- هل يلزم توفير مساعدات إضافية، عن طريق الاستعانة بعمال متطوعين أو متعاقدين أو توفير المساعدة التقنية لدعم الأفراد أو الأسر التي لا تملك القدرة على البناء أو فرصة القيام بذلك؟

الأنشطة المنزلية والمعيشية

- ما هي الأنشطة المنزلية والمعيشية التي يضطلع بها السكان المنكوبون داخل المآوي أو بالقرب منها، وكيف يتم مراعاة هذه الأنشطة عند تخصيص المساحات للعائلات وتصميم مأواها؟
- ما هي فرص دعم المعيشة بصورة قانونية تضمن ديمومة البيئة، التي يمكن توفيرها عن طريق توريد المواد وبناء المآوي وتوفير حلول الإسكان؟



الخدمات الأساسية والمرافق الجماعية

- ما هي كمية الماء المتاحة حالياً للشرب وللنظافة الشخصية، وما هي إمكانيات وحدود تلبية الحاجات المتوقعة في مجـال الإصحاح؟
- ما هي المرافق الاجتماعية المتاحة حاليا (العيادات الصحية، المدارس، أماكن العبادة، الخ) وما هي فرص وحدود الاستفادة منها؟
- إذا تم استعمال المباني الجماعية كالمدارس، لإيواء السكان النازحين، فما هو الجدول الزمني والإجراءات المتبعة لإعادة استعمالها لغرضها الأصلي؟

وقع الكارثة على المجتمع المستضيف والبيئة

- ما هي المسائل التي تثير قلق المجتمع المستضيف؟
- ما هي المسائل التنظيمية والتخطيطية المتعلقة بإيواء الأسر النازحة في المجتمع المحلي المستضيف أو في مستقرات مؤقتة؟
- ما هي المشاكل البيئية التي يطرحها توفير مواد البناء محلياً؟
- ما هي الشواغل البيئية التي تطرحها تلبية حاجات السكان المنكوبين إلى الوقود، والصرف الصحي، والتخلص من النفايات، والمراعي للحيوانات عند الاقتضاء، الخ؟

٢- اللوازم غير الغذائية:

الحاجات إلى اللوازم غير الغذائية

- ما هي اللوازم غير الغذائية الأساسية التي يحتاجها السكان المنكوبون؟
- هل يمكن الحصول على أي من اللوازم غير الغذائية محليا؟
- هل يمكن استعمال النقود أو القسائم؟
- هل يلزم توفير المساعدة التقنية لتكميل توفير مواد دعم الإيواء؟

الملابس والأفرشة

- ما هو نوع الملابس والبطاطين والأفرشة المستعملة عادة بين النساء والرجال والأطفال والرضع والنساء الحوامل والمرضعات وكبار السن اعتياديا، وما هي الاعتبارات الاجتماعية والثقافية الخاصة التي يجب مراعاتها في هذا المجـال؟.
- ما هو عدد النساء والرجال من كل الأعمار والأطفال والرُضع الذين لا يملكون ملابس أو بطاطين أو أفرشة كافية ومناسبة تقيهم من قسوة المناخ وتحفظ صحتهم وكرامتهم وراحتهم؟
- ما هي الأخطار المحتملة على حياة السكان المنكوبين وصحتهم وسلامتهم الشخصية التي تطرحها الحاجة إلى ملابس أو بطاطين أو أفرشة مناسبة؟
- ما هي تدابير مكافحة نواقل الأمراض – وبالأخص توفير الناموسيات – المطلوبة لضمان صحة العائلات وراحتها؟

طهي الطعام وتناوله والمواقد والوقود

- ما هي أواني الطهي والطعام التي كانت تستعملها الأسرة العادية قبل وقوع الكارثة؟
- ما هو عدد الأسر التي لا تحصل على أواني الطهي ولوازم تناول الطعام الكافية؟
- كيف كان السكان المنكوبون يطهون طعامهم ويدفئون مساكنهم قبل وقوع الكارثة، وأين يتم ذلك؟
- ما هو نوع الوقود الذي درج السكان على استعماله للطهي والتدفئة قبل الكارثة وما هو مصدره؟
- ما هو عدد العائلات التي لا تملك موقدا للطهي والتدفئة، ولماذا؟
- ما هو عدد العائلات التي لا تحصل على كمية كافية من الوقود للطهي والتدفئة؟
- ما هي فرص وحدود الحصول على الإمدادات الملائمة من الوقود للسكان المنكوبين والسكان المجاورين وما يثيره من مشاكل بيئية؟
- ما هو أثر جهود جمع كميات كافية من الوقود على السكان المتضررين من الكارثة، وعلى الأخص النساء منهم أيا كان سنهن؟
- ما هي الاعتبارات الثقافية الخاصة بطهي الطعام وتناوله التي ينبغي مراعاتها؟

الأدوات والمعدات

- ما هي الأدوات الأساسية المتاحة للأسر لترميم مأواها أو بنائه أو صيانته؟
- ما هي أنشطة مساندة سبل المعيشة التي يمكن أن تستفيد أيضا من الأدوات الأساسية المتاحة لبناء المأوى وصيانته وإزالة الأنقاض؟
- ما هي أنشطة التدريب أو التوعية اللازمة لضمان استعمال الأدوات بصورة مأمونة؟



المراجع والمزيد من المطالعات

الصكوك القانونية الدولية

الحق في مأوى مناسب (المادة ١١(١) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)، التعليق العام رقم ٤ الصادر عن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. في ١٢ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١. اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٨١)؛ المادة ١٤ (٢)(ز).

اتفاقية حقوق الطفل (١٩٩٠)؛ المادة ٢٧ (٣).

الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (١٩٦٩)، المادة ٥(هـ) (٣).

الاتفاقية الدولية الخاصة بوضع اللاجئين (١٩٥٤)، المادة ٢١.

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (١٩٤٨)، المادة ٢٥.

مراجع عامة

Corsellis, T and Vitale, A (2005), Transitional Settlement: Displaced Populations. Oxfam. Oxford.

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), Shelter Projects 2008. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), Shelter Projects 2009. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.

ProVention Consortium (2007), Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The 'Pinheiro Principles').

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

المستوطنات البشرية الجماعية المؤقتة

Danish Refugee Council (DRC) (2010), Collective Centre Guidelines. Copenhagen.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

البيئة

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Center, University College London and CARE International. London.

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

النقود والقسائم وتقديرات السوق

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

International Committee of the Red Cross (ICRC)/IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.



أنواع الإعاقات

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.

www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

نوع الجنس

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.

الدعم النفسي الاجتماعي

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

المدارس والمباني العامة

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

اللوازم غير الغذائية/ لوازم الطوارئ

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009). Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC and IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC and Oxfam International (2007), Plastic Sheeting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.

المعايير الدنيا في مجال العمل الصحي

كيفية استعمال هذا الفصل

ينقسم هذا الفصل إلى جزأين رئيسيين هما:

نُظُم الصحة

خدمات الصحة الأساسية

يقوم هذا النهج على نُظُم الصحة، ويُستعمل لتخطيط خدمات الصحة وتنفيذها وتقييمها، وكإطار لتنظيم خدمات الصحة في أثناء الاستجابة للكوارث. ويمثل أنجع وسيلة لضمان الكشف عن الحاجات الصحية ذات الأولوية وتلبيتها بصورة فعالة ومؤثرة. ويركز هذا الفصل في كل أجزائه على مبدأ دعم نُظُم الصحة الوطنية والمحلية، وعلى التنسيق وتوحيد أدوات العمل وأساليبه.

ينبغي مراعاة مبادئ الحماية والمعايير الأساسية دائما عند استعمال هذا الفصل.

لقد وضعت المعايير الدنيا، في المقام الأول، لتوجيه الاستجابة الإنسانية في حالات الكوارث. ويمكن الاستعانة بها أيضا في مجـال التأهب للكوارث وفي مرحلة الانتعاش وإعادة البناء.

ويضم الجزءان العناصر التالية:

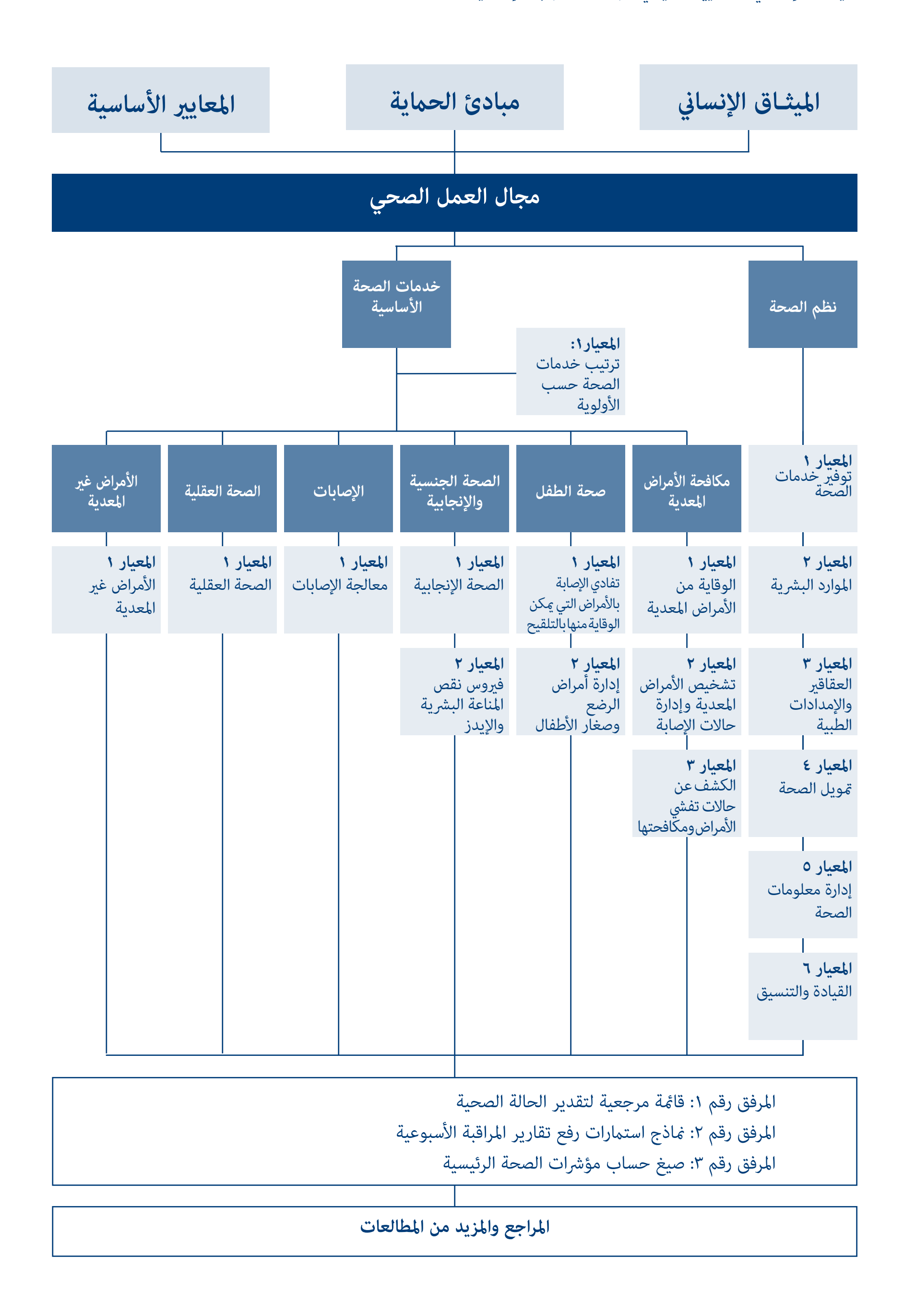
- **المعايير الدنيا:** هي معايير نوعية بطبيعتها تحدد مستويات الجودة الدنيا التي يراد بلوغها في مجـال توفير خدمات الصحة في حالات الكوارث.
- **التدابير الأساسية:** هي أنشطة ومدخلات مقترحة تساعد على الوفاء بالمعايير الدنيا.
- **المؤشرات الأساسية:** هي «علامات» يُسترشد بها لمعرفة ما إذا كان قد تم تحقيق المعيار المطلوب. وتوّفر المؤشرات طريقة لقياس تطبيق التدابير الأساسية ونتائجها والإفادة بها، وترتبط بالمعايير الدنيا وليس بالتدابير الأساسية.
- **الملاحظات الإرشادية:** تضم هذه الملاحظات نقاطاً محددة يستحسن أخذها في الاعتبار عند تطبيق المعايير الدنيا والتدابير الأساسية والمؤشرات الأساسية في مختلف الظروف. وتوفر توجيهات فيما يتعلق بمعالجة صعوبات عملية محددة، وحدود الأداء، وتقدم النصائح بشأن القضايا التي تمثل أولوية. ويمكن أن تتناول هذه الملاحظات أيضا قضايا حساسة ذات علاقة بالمعايير أو المؤشرات وأن تصف المعضلات أو المسائل التي يدور حولها جدل، أو أن تعّوض الثغرات القائمة في المعارف الحالية.

وإذا تعذر تطبيق التدابير والمؤشرات الأساسية، وجب تقييم الآثار السلبية الناجمة عن ذلك على السكان المنكوبين واتخاذ التدابير المناسبة للتخفيف منها.

وتضم المرفقات الواردة في نهاية الفصل قائمة مرجعية لتقدير الوضع الصحي، واستمارات وصيغ نموذجية لرفع تقارير المراقبة من أجل حساب مؤشرات الصحة الرئيسية. كما يرد جزء مخصص للمراجع والمزيد من المطالعات.

قائمة المحتويات




الميثـاق الإنساني
مبادئ الحماية
المعايير الأساسية
مجال العمل الصحي
نظم الصحة
خدمات الصحة الأساسية
المعيار ١: ترتيب خدمات الصحة حسب الأولوية
المعيار ١ توفير خدمات الصحة
المعيار ٢ الموارد البشرية
المعيار ٣ العقاقير والإمدادات الطبية
المعيار ٤ تمويل الصحة
المعيار ٥ إدارة معلومات الصحة
المعيار ٦ القيادة والتنسيق
مكافحة الأمراض المعدية
المعيار ١ الوقاية من الأمراض المعدية
المعيار ٢ تشخيص الأمراض المعدية وإدارة حالات الإصابة
المعيار ٣ الكشف عن حالات تفشي الأمراض ومكافحتها
صحة الطفل
المعيار ١ تفادي الإصابة بالأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتلقيح
المعيار ٢ إدارة أمراض الرضع وصغار الأطفال
الصحة الجنسية والإنجابية
المعيار ١ الصحة الإنجابية
المعيار ٢ فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز
الإصابات
المعيار ١ معالجة الإصابات
الصحة العقلية
المعيار ١ الصحة العقلية
الأمراض غير المعدية
المعيار ١ الأمراض غير المعدية
المرفق رقم ١: قائمة مرجعية لتقدير الحالة الصحية
المرفق رقم ٢: نماذج استمارات رفع تقارير المراقبة الأسبوعية
المرفق رقم ٣: صيغ حساب مؤشرات الصحة الرئيسية
المراجع والمزيد من المطالعات

مقدمة

علاقة هذا الفصل بالميثـاق الإنساني والقانون الدولي

تُعد المعايير الدنيا في مجـال العمل الصحي تعبيرا عمليا عن إيمان الوكالات الإنسانية والتزاماتها المشتركة، وعن المبادئ المشتركة الواردة في الميثـاق الإنساني التي يسترشد بها العمل الإنساني. وتضم هذه المبادئ القائمة على مبدأ الإنسانية والتي ينص عليها القانون الدولي: الحق في الحياة بكرامة، والحق في الحماية والأمن، والحق في الحصول على المساعدة الإنسانية لتلبية الحاجات. وترد في الملحق رقم ١ (الصفحة رقم ٣٤٠) قائمة مرجعية بأهم الوثائق القانونية والسياسات التي يستند إليها الميثـاق الإنساني، مصحوبة بملاحظات توضيحية من أجل العاملين الإنسانيين.

وعلى الرغم من أن الدول هي المسؤولة الرئيسية عن تأمين الحقوق المذكورة أعلاه، فأن على الوكالات الإنسانية مسؤولية العمل مع السكان المتضررين من الكوارث بما يضمن تأمين تلك الحقوق. ويتفرع من هذه الحقوق العامة عددٌ من الاستحقاقات المحددة التي تضم الحق في المشاركة والإطلاع وعدم التمييز التي تشكل أساس المعايير الأساسية، فضلا عن الحقوق الخاصة المتعلقة بالحصول على الماء والغذاء والمأوى والصحة التي تعززها وتعزز المعايير الدنيا الأخرى الواردة في هذا الدليل.

للجميع الحق في الصحة. وهو حق يقره عدد من الصكوك القانونية الدولية. ولا يمكن ضمان الحق في الصحة دون حماية السكان وتدريب المهنيين المسؤولين عن الرعاية الصحية تدريبا مناسبا وضمان التزامهم بالمبادئ الأخلاقية العالمية وبالمعايير المهنية، ودون التزام النظام الذي يعملون في ظله بتلبية الحاجات الدنيا للسكان، ودون أن تكون الدولة عازمة وقادرة على تهيئة ظروف الأمن والاستقرار وحمايتها. ولا يجوز في أي حال من الأحوال الهجوم على المستشفيات المدنية والمرافق الطبية في حالات النزاع المسلح، كما أن للعاملين في مجـالي الصحة والطب الحق في الاحترام والحماية. ويُحظر القيام بأفعال أو الاضطلاع بأنشطة تهدد حياد المرافق الصحية، كحمل الأسلحة.

ولا تعبّر المعايير الدنيا الواردة في هذا الفصل تعبيراً كاملا عن الحق في الصحة. غير أن معايير مشروع «اسفير» تعكس المضمون الأساسي للحق في الصحة، على الأخص في حالات الطوارئ، وتسهم في بلوغه بالتدريج على الصعيد العالمي.



أهمية العمل الصحي في حالات الكوارث

يعتبر الحصول على الرعاية الصحية عاملا مهما من عوامل البقاء على قيد الحياة في المراحل الأولى من الكارثة. وكثيرا ما يكون وقع الكوارث على الصحة العامة للسكان المنكوبين وراحتهم ملموساً. ويمكن وصف آثار الكوارث بأنها مباشرة (كالموت نتيجة للعنف والإصابات) أو غير مباشرة (مثل ارتفاع معدل انتشار الأمراض المعدية و/أو سوء التغذية). وكثيرا ما ترتبط هذه الآثار غير المباشرة على الصحة بعوامل مثل كمية أو نوعية الماء غير المناسبة، وانهيار نُظم الإصحاح، وانقطاع خدمات الصحة أو تضاؤل إمكانية الاستفادة منها، وتدهور حالة الأمن الغذائي. كما يمكن لانعدام الأمن، وتقييد الحركة، ونزوح السكان، وتدهور ظروف المعيشة (اكتظاظ السكان وعدم توفر المآوي المناسبة) أن يعّرض الصحة العامة للخطر. ويرجح أن يؤدي تغير المناخ بدوره إلى زيادة احتمالات التعرض للأذى والخطر.

وتتمثل أهم أهداف الاستجابة للأزمات الإنسانية في تفادي الارتفاع المفرط في نسبة الوفيات والاعتلال وتقليله. والهدف الأساسي هو الإبقاء على معدل الوفيات الخام ومعدل الوفيات دون سن خمس سنوات كما هو أو تخفيضه إلى ما يقل عن ضعف مستواه المرجعي قبل وقوع الكارثة (انظر الجدول الخاص بالمستويات المرجعية للبيانات الخاصة بالوفيات حسب المناطق في الصفحة رقم ٢٩٦). وترتبط مختلف أشكال الكوارث بمختلف درجات وأشكال الوفيات والاعتلال (انظر الجدول الخاص بوقع مجموعة مختارة من الكوارث على الصحة العامة في الصفحة التالية)، وعليه فإن الحاجات الصحية للسكان المتضررين تختلف باختلاف نوع الكارثة ونطاقها.

تتمثل مساهمة قطاع الصحة في توفير الخدمات الصحية الأساسية، بما في ذلك الأنشطة الوقائية والترويجية التي تؤثر بالفعل في تقليل المخاطر على الصحة. وخدمات الصحة الأساسية عبارة عن أنشطة ذات أولوية في مجال الصحة، لها أثر فعلي في التصدي لأهم أسباب الزيادة المفرطة في عدد الوفيات والاعتلال. ويجب دعم تنفيذ خدمات الصحة الأساسية عن طريق تنظيم عمليات ترمي إلى دعم نُظُم الصحة. وتجدر الإشارة إلى أن طريقة تخطيط عمليات الاستجابة الصحية وتنظيمها وتنفيذها في أعقاب الكوارث يمكن إما أن تحّسن نُظُم الصحة القائمة وانتعاشها وتطورها في المستقبل أو أن تقّوضها.

ولا بد من تحليل نُظُم الصحة القائمة لتحديد مستوى أدائها وتشخيص أهم ما يعيق توفير خدمات الصحة والحصول عليها. فقد لا تكون المعلومات المتاحة في المراحل الأولى من الكارثة كاملة، وقد يلزم اتخاذ قرارات تتعلق بالصحة العامة دون أن تكون كل البيانات المطلوبة متاحة. لذا، ينبغي إجراء تقدير يشمل مختلف قطاعات العمل بأسرع ما يمكن (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧).

ويسهم تحسين التأهب للكوارث في تحسين الاستجابة لها. ويقوم التأهب على تحليل المخاطر، ويرتبط ارتباطا وثيقا بنُظُم الإنذار. ويشمل التأهب التخطيط لمواجهة حالات الطوارئ، وخزن المعدات والإمدادات، وتنظيم و/أو المحافظة على خدمات الطوارئ وترتيبات الخفر والاتصالات وإدارة المعلومات والتنسيق، وتدريب الموظفين، والتخطيط المجتمعي، والتمارين. كما أن إنفاذ قواعد البناء يمكن أن يقلل عدد الوفيات والإصابات الخطيرة الناجمة عن الزلازل و/أو ضمان استمرار عمل المرافق الصحية بعد وقوع الكارثة.

وقع مجموعة مختارة من الكوارث على الصحة العامة

ملاحظة: تختلف أنماط الوفيات والاعتلال اختلافا كبيرا من سياق إلى آخر حتى فيما يتعلق بأنواع محددة من الكوارث.

الوقع	**طوارئ معقدة**	**زلازل**	**رياح عاتية (دون فيضانات)**	**فيضانات**	**فيضانات مفاجئة/مد عالٍ**
الوفيات	كثيرة	كثيرة	محدودة	محدودة	كثيرة
إصابات خطيرة	حسب الظروف	عديدة	معتدلة	محدودة	محدودة
ارتفاع خطر تفشي الأمراض المعدية	مرتفع	حسب الظروف*	محدود	حسب الظروف*	حسب الظروف*
ندرة المواد الغذائية	شائع	نادر	نادر	حسب الظروف	شائع
نزوح أعداد كبيرة من السكان	شائع	نادر(يمكن أن يحدث في مناطق حضرية لحقت بها أضرار بالغة	نادر(يمكن أن يحدث في مناطق حضرية لحقت بها أضرار بالغة	شائع	حسب الظروف

** يعتمد على نزوح السكان وظروف معيشتهم بعد الكارثة*

المصدر: مقتبس مع بعض التغييرات من منظمة الصحة في الأمريكتين، عام ٢٠٠٠.

علاقة هذا الفصل بالفصول الأخرى

بالنظر إلى وقع مختلف العوامل المؤثرة في الصحة على الحالة الصحية، فأن للعديد من المعايير الواردة في الفصول الأخرى صلة بهذا الفصل. وعليه، فكثيرا ما يؤثر التقدم المحرز في بلوغ المعايير في أحد مجـالات عمل المشروع في التقدم المحرز في المجـالات الأخرى بل ويحدده. ولتحقيق فعالية أي عملية من عمليات الإغاثة، لا بد من التنسيق والتعاون الوثيقين مع مجـالات العمل الأخرى. كما يعد التنسيق مع السلطات المحلية وغيرها من المنظُمات المستجيبة للكوارث والمنظُمات المجتمعية ضروريا لضمان تلبية الحاجات، وتفادي ازدواج الجهود، واستعمال الموارد بأمثل شكل ممكن، والتأكد من توفير خدمات صحية ذات جودة مناسبة. وترد في هذا الفصل إشارات إلى بعض المعايير أو الملاحظات الإرشادية المحددة التي وردت في الفصول التقنية الأخرى كلما دعت الحاجة. كما يمكن الرجوع إلى معايير مشابهة أو مكّملة.

علاقة هذا الفصل بمبادئ الحماية وبالمعايير الأساسية



إذا أريد الوفاء بالمعايير الواردة في هذا الدليل، كان على كل الوكالات الإنسانية أن تسترشد بمبادئ الحماية، حتى لو لم تكن مهمة تلك الوكالات منصبة على الحماية بالتحديد أو لم تكن تتمتع بمؤهلات في مجـال الحماية. ولا تعتبر هذه المبادئ «مطلقة»، فمن المعروف أن الظروف قد تحول دون التزام المنظمات بها. غير أنها تعكس الشواغل الإنسانية العامة التي ينبغي أن يسترشد بها العمل الإنساني دائما.

المعايير الأساسية عبارة عن عمليات أساسية ومعايير مشتركة تخص كل مجالات عمل مشروع «اسفير» والموظفين. وتشمل المعايير الدنيا الجوهرية الستة: الاستجابة الإنسانية التي تراعي قدرات السكان، والتنسيق والتعاون، والتقدير، والتصميم والاستجابة، والأداء والشفافية والتعلم، وأداء العاملين في مجال المعونة. وتوفر هذه المعايير نقطة مرجعية واحدة للمناهج التي تقوم عليها كل معايير الدليل الأخرى. لذا يتطلب تطبيق كل فصل تقني الرجوع إلى المعايير الأساسية في نفس الوقت لتسهيل تحقيق معاييره الخاصة. ولضمان فائدة الاستجابة وجودتها بصفة خاصة، ينبغي إشراك السكان المنكوبين – بمن فيهم أكثر الجماعات والأفراد عرضة للخطر في حالات الكوارث – بأقصى قدر ممكن.

مواطن ضعف السكان المتضررين من الكوارث وقدراتهم

ينبغي قراءة هذا الجزء مع المعايير الأساسية ومن أجل تعزيزها.

من المهم أن نفهم أن كون المرء شاباً أو مسنّاً، امرأة أو شخصاً مصاباً بإعاقة أو بفيروس الإيدز، لا يجعل، في حد ذاته، ذلك الشخص ضعيفاً أو أكثر عرضة للخطر. بل أن تراكم العوامل هو الذي يؤدي إلى الضعف. فيرجح، على سبيل المثال، أن يكون الشخص الذي يزيد سنه على ٧٠ عاما ويعيش بمفرده ويعاني من اعتلال صحته أضعف من الشخص الذي يبلغ نفس سنه وله نفس وضعه الصحي ولكنه يعيش ضمن عائلة ممتدة وله دخل مناسب. وبالمثل، فأن الفتاة التي يبلغ سنها ٣ سنوات، أكثر عرضة للخطر بكثير إذا كانت وحدها مما لو كانت تعيش في رعاية والِدين مسؤولين.

ومن شأن إجراء تحليل للضعف والقدرات، بينما يجري تنفيذ معايير العمل الصحي واتخاذ بعض التدابير الأساسية الأخرى، أن يساعد على التأكد من أن تدعم جهود الاستجابة للكارثة الأشخاص الذين يحق لهم الحصول على المساعدة ومَن هم أكثر حاجة إليها دون تمييز. ويتطلب ذلك فهما متعمقا للسياق المحلي وللطريقة التي يمكن بها لأزمة معينة أن تؤثر في مجموعات محددة من الناس بطرق مختلفة بسبب أوجه الضعف التي يعانون منها (كالفقر المدقع أو المعاناة من التمييز)، وتعرضهم لمختلف أشكال التهديد (كالعنف الجنساني، بما فيه الاستغلال الجنسي)، وتفشي الأمراض أو انتشارها (كالحصبة أو الكوليرا). ويمكن أن تؤدي الكوارث إلى تفاقم أوجه التفاوت القائمة. غير أن دعم أساليب مواجهة الناس للأزمات وثباتهم وقدرتهم على الانتعاش يُعد أمرا أساسيا. كما يلزم مناصرة ودعم معارفهم ومهاراتهم واستراتيجياتهم وإمكانيات حصولهم على الدعم الاجتماعي والقانوني والمالي والنفسي، ومراعاة مختلف العقبات المادية والثقافية والاقتصادية والاجتماعية التي قد يواجهونها للحصول على هذه الخدمات بصورة عادلة.

وتبرز النقاط التالية بعضا من مجالات العمل الرئيسية التي تسهم في مراعاة حقوق كل السكان الضعفاء وقدراتهم:

- تحسين مشاركة السكان بأقصى قدر ممكن، وضمان إشراك كل الفئات وبالأخص أقل الفئات ظهوراً (مثل الأفراد الذين يعانون من صعوبة في الاتصال أو الحركة، والأشخاص المقيمون في مؤسسات، والشباب الموصومون، وغيرها من الفئات غير الممثلة أو ذات التمثيل المحدود).
- تصنيف البيانات حسب الجنس والسن (صفر – ٨٠ عاما أو أكثر) في أثناء عمليات التقدير. إذ يعتبر ذلك عنصرا مهما في ضمان مراعاة قطاع الصحة لتنوع السكان.
- ضمان إبلاغ كل أفراد المجتمع المعني بحقهم في الحصول على معلومات واضحة عن استحقاقاتهم.

المعايير الدنيا

١- نُظُم الصحة

عرّفت منظمة الصحة العالمية نُظم الصحة بأنها: «كل المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة لتخطيط العمل الصحي». وتشمل نظم الصحة المجموعة الكاملة من الجهات المشاركة في توفير خدمات الصحة وتمويلها وإدارتها، والجهود الرامية إلى التأثير في العوامل المؤثرة في الصحة، بالإضافة إلى توفير خدمات الصحة المباشرة وتغطية كل المستويات، أي المستوى المركزي والإقليمي ومستوى البلديات والمجتمعات المحلية والأسر.

وقد نُظمت معايير مشروع «اسفير» في مجـال نُظم الصحة عملا بإطار منظمة الصحة العالمية الخاص بالنظم الصحية الذي يتألف من ستة محاور هي: القيادة، والموارد البشرية، والأدوية، والإمدادات الطبية، وتمويل الصحة، وإدارة معلومات الصحة، وتقديم الخدمات الصحية. وهناك العديد من التداخلات والتفاعلات بين كل وظيفة من هذه الوظائف، وإن العمل الذي يؤثر في أحد العناصر يمكن أن يؤثر في العناصر الأخرى. وإن محاور نظام الصحة المذكورة هي الوظائف اللازمة لتوفير خدمات الصحة الأساسية. لذا ينبغي تخطيط وتنفيذ العمل الصحي في أثناء الكوارث بطريقة تسهم في تعزيز نُظم الصحة.

معيار نُظُم الصحة رقم ١ : توفير خدمات الصحة

ينبغي أن يحصل الناس جميعا على خدمات صحية مؤثرة وسليمة وذات جودة عالية، تكون موّحدة وتلتزم بقواعد ومبادئ توجيهية مقبولة.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- توفير خدمات الصحة على المستوى المناسب من نظام الصحة. وتشمل هذه المستويات المستوى العائلي والمجتمعي، والعيادات أو مراكز الصحة، والمركز الصحي والمستشفى (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- تكييف أو وضع خطط العلاج الموحدة لإدارة الحالات فيما يتعلق بأكثر الأمراض شيوعا، مع مراعاة المعايير والإرشادات الوطنية (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- إنشاء أو تعزيز نظام موّحد للإحالة، وضمان تطبيقه من قبل كل الوكالات الإنسانية (انظر الملاحظة الإرشادية ١).



- إنشاء أو تعزيز نظام موحد لفرز المرضى في كل المرافق الصحية لضمان حصول من يعانون من أعراض خطيرة على العلاج الفوري.
- مباشرة التوعية الصحية والنهوض بالصحة في المرافق الصحية وفي المجتمع المحلي (انظر الملاحظة الإرشادية ٣)
- ترسيخ الاستعمال السليم والرشيد للدم ومنتجاته ومواصلته (انظر الملاحظة الإرشادية ٥)
- ضمان توفير خدمات المختبرات والاستعانة بها عند اللزوم (انظر الملاحظة الإرشادية ٦)
- تفادي إنشاء خدمات بديلة أو موازية في مجـال الصحة، بما في ذلك العيادات المتنقلة والمستشفيات الميدانية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٧ و٨)
- تصميم خدمات الصحة بشكل يضمن حق المريض في الخلوة والسرية وقبوله للعلاج عن إطلاع (انظر الملاحظة الإرشادية ٩)
- تطبيق الإجراءات الملائمة لإدارة النفايات، وإجراءات السلامة، وأساليب مكافحة العدوى في المرافق الصحية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١٠ و١١ ومعيار إدارة النفايات الصلبة رقم ١ في الصفحة رقم ١١٢)
- التخلص من الجثث بشكل يحفظ الكرامة ويراعي التقاليد ويستند إلى الممارسات الجيدة في مجـال الصحة العامة (انظر الملاحظة الإرشادية ١٢ ومعيار إدارة النفايات الصلبة رقم ١ والملاحظة الإرشادية ٨ في الصفحة رقم ١١٥).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي توفير عدد مناسب من المرافق الصحية لتلبية الحاجات الصحية الأساسية لكل السكان المتضررين من الكارثة:
  - وحدة واحدة للصحة الأساسية لكل ١٠,٠٠٠ نسمة (وحدات الصحة الأساسية عبارة عن مرافق للرعاية الصحية الأولية تقدم فيها خدمات الصحة العامة)
  - مركز صحي واحد لكل ٥٠,٠٠٠ نسمة
  - مستشفى بلدية أو مستشفى ريفي واحد لكل ٢٥٠,٠٠٠ شخص
  - أكثر من ١٠ أسِّرة للمرضى الداخليين والولادة لكل ١٠,٠٠٠ نسمة
  - (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ينبغي أن يبلغ معدل مراجعة المرافق الصحية من ٢ إلى ٤ مراجعات جديدة للشخص الواحد في السنة بين السكان المنكوبين، وأكثر من مراجعة جديدة واحدة للشخص في السنة بين السكان الريفيين والنازحين (انظر الملاحظة الإرشادية ٤ والمرفق رقم ٣: صيغ حساب مؤشرات الصحة الرئيسية).

الملاحظات الإرشادية

١- ***مستوى الرعاية:*** تصنف المرافق الصحية حسب مستوى الرعاية، وفقا لحجمها والخدمات التي تقدمها. ويمكن أن يتفاوت عدد المرافق الصحية المطلوبة وموقعها حسب السياق.

ويجب أن تضع نظم الصحة نهجا يضمن مواصلة تقديم الرعاية. ويمكن تحقيق ذلك على أكمل وجه بإنشاء نظام للإحالة، لا سيما في مجـال العمليات الرامية إلى إنقاذ الحياة. وينبغي أن يعمل نظام الإحالة على مدار الساعة وكل أيام الأسبوع.

٢- ***المعايير والمبادئ التوجيهية الوطنية:*** ينبغي للوكالات بشكل عام أن تلتزم بالمعايير والمبادئ التوجيهية الخاصة بالصحة في البلد الذي تنفذ فيه عملية الإغاثة، بما فيها خطط العلاج وقوائم الأدوية الأساسية. وإذا كانت هذه المعايير قديمة أو لم تعد تعكس ممارسات قائمة على بيانات يعّول عليها، وجب استعمال المعايير الدولية كمرجع. وينبغي أن تقوم الوكالة التي تنسّق قطاع الصحة بمساعدة وزارة الصحة على تحديث هذه المعايير.

٣- ***النهوض بالصحة:*** ينبغي مباشرة برنامج فعال للنهوض بالصحة المجتمعية بالتشاور مع سلطات الصحة المحلية وممثلي المجتمع المحلي، وضمان التوازن في تمثيل الرجال والنساء. وينبغي أن يوفر البرنامج معلومات عن المشكلات الصحية الكبرى والمخاطر الصحية وخدمات الصحة المتاحة ومكان توفيرها، وانتهاج سلوك يحمي الصحة وينهض بها، والتصدي للممارسات المضرة وعدم تشجيعها. وينبغي استعمال لغة ووسائل إعلام مناسبة لنشر رسائل الصحة العامة، تراعي الثقافة المحلية ويسهل فهمها. وتمثل المدارس والمساحات المهيئة للأطفال أماكن مهمة لنشر المعلومات وبلوغ الأطفال والوالدين (انظر الحد الأدنى لمعايير التعليم من الآيني- معيار محيط التعليم رقم ٣).

٤- ***معدل استعمال خدمات الصحة:*** لا يوجد رقم خاص بالحد الأدنى لمراجعة خدمات الصحة، حيث يختلف استعمالها باختلاف السياق. ويفترض أن يبلغ معدل استعمال هذه الخدمات لدى سكان الريف المستقرين والسكان المشتتين ما لا يقل عن مراجعة واحدة للشخص في السنة. ويمكن أن نتوقع أن يبلغ هذا المعدل ما بين مراجعتين وأربع مراجعات جديدة للشخص الواحد سنويا بين السكان المنكوبين بكارثة. وإذا كان هذا المعدل أقل من المتوقع، فقد يشير ذلك إلى عدم الحصول على خدمات صحية كافية. وإذا كان المعدل أعلى من المتوقع، فقد يشير ذلك إلى الإفراط في استعمال هذه الخدمات بسبب مشكلة محددة في مجـال الصحة العامة أو بسبب عدم تقدير عدد السكان المستهدفين تقديرا صحيحا. والحل الأمثل، عند تحليل معدلات استعمال خدمات الصحة، هو تصنيف استعمالها حسب الجنس والسن والأصل العرقي والعجز (انظر المرفق رقم ٣: صيغ حساب مؤشرات الصحة الرئيسية).

٥- ***نقل الدم بطريقة سليمة:*** ينبغي تنسيق الجهود مع وحدة نقل الدم في حال وجودها. وينبغي جمع الدم من الأشخاص الذين يتبرعون بدمهم طوعا ودون مقابل مادي دون غيرهم. وينبغي اعتماد ممارسات مختبرية مناسبة، بما فيها فحص الدم للكشف عن العدوى التي يمكن أن تنتقل عبر نقل الدم، وتحديد فصائل الدم، وإجراء اختبارات التكافؤ، وإنتاج مكونات الدم، وخزن منتجات الدم ونقلها. ويمكن التقليل من عمليات نقل الدم غير الضرورية عن طريق الاستعمال السريري



الفعال للدم، بما في ذلك اللجوء إلى بدائل نقل الدم (الكريستالويدز والكولويدز)، حيثما أمكن. وينبغي أن يتلقى الموظفون المعنيون تدريبا مناسبا لضمان نقل الدم بصورة مأمونة واستعماله بشكل فعال.

٦- ***خدمات المختبرات***: يمكن أن تُشّخص أكثر الأمراض المعدية شيوعا إما سريريا (كالإسهال، والالتهابات الرئوية الحادة)، أو بفضل اختبارات التشخيص السريع أو المجهري (كالملاريا). وتعد الاختبارات مفيدة بصفة خاصة عندما يراد إثبات صحة تشخيص سبب تفشي مرض معين، ولإجراء الاستنبات واختبارات الحساسية للمضادات الحيوية التي من شأنها أن تساعد في اتخاذ القرارات الخاصة بإدارة حالات الإصابة بمرض ما (كما في حالة الزحار) وفي اختيار اللقاحات المناسبة حيث يُنصح بتنظيم حملات التلقيح الجماعي (كالتهاب السحايا بالمكورات السحائية). ويُعد إجراء الاختبارات في المختبرات أمرا أساسيا لتشخيص بعض الأمراض غير المعدية ومعالجتها، مثل مرض السكري.

٧- ***العيادات المتنقلة***: قد يتعين في بعض الكوارث الاستعانة بعيادات متنقلة لتلبية حاجات بعض المجتمعات المحلية المعزولة أو المتنقلة التي ليست لها سوى فرص محدودة للحصول على الرعاية الصحية. وقد ثبت أن العيادات المتنقلة تلعب دورا أساسيا في زيادة فرص الحصول على العلاج عند تفشي الأمراض وحيث يتوقع تسجيل عدد كبير من حالات الاعتلال، كما في حالة تفشي الملاريا. ولا ينبغي اقتراح العيادات المتنقلة إلا بعد التشاور مع الوكالة التي تنسّق قطاع الصحة ومع السلطات المحلية (انظر معيار نظم الصحة رقم ٦ في الصفحة رقم ٢٩٢).

٨- ***المستشفيات الميدانية***: قد تصبح المستشفيات الميدانية أحيانا الوسيلة الوحيدة لتوفير الرعاية الصحية عندما تكون المستشفيات القائمة قد أصيبت بأضرار بالغة أو دُمرت. غير أن من الأنجع عادة توفير الموارد لهذه المستشفيات لكي تستأنف عملها من جديد أو تتمكن من مواجهة عبء العمل المتزايد. وقد يكون من المناسب نصب مستشفى ميداني لمعالجة الإصابات فوراً (خلال الساعات الـ٤٨ الأولى) وتوفير الرعاية الثانوية للإصابات وحالات الطوارئ الاعتيادية (٣ أيام -١٥ يوما)، أو كمرفق مؤقت يحل محل مستشفى محلي لحقت به أضرار ريثما يعاد بناؤه. وبالنظر إلى ما تتمتع به المستشفيات الميدانية من ظهور بارز، فكثيرا ما تمارس الحكومات المتبرعة ضغوطا سياسية كبيرة لإقامتها. غير أن من المهم اتخاذ قرار نصب المستشفى الميداني استنادا إلى الحاجة والقيمة المضافة التي يمثلها فقط.

٩- ***حقوق المرضى***: ينبغي تصميم المرافق الصحية بطريقة تضمن الخلوة والسرية. وينبغي الحصول على موافقة المرضى المطّلعة (أو أولياؤهم) قبل اتخاذ أي إجراءات طبية أو جراحية. وعلى العاملين الصحيين أن يسعوا إلى صون هذه الحقوق وتشجيع احترامها بقدر المستطاع. وينبغي أن يفهم العاملون الصحيون أن من حق المرضى أن يعرفوا ما تتضمنه كل عملية طبية، والفائدة المتوقعة منها، والمخاطر المحتملة التي يمكن أن تنطوي عليها، وتكلفتها ومدتها.

١٠- ***مكافحة العدوى في أوساط الرعاية الصحية وضمان سلامة المرضى:*** ينبغي تنفيذ برامج الوقاية من عدوى الأمراض ومكافحتها بصورة مستمرة على الصعيدين الوطني والفرعي وفي مختلف مرافق الرعاية الصحية لضمان الاستجابة الفعلية في أثناء الكوارث. وينبغي أن تتضمن مثل هذه البرامج في مرافق الرعاية الصحية الأتي:

- سياسات محددة في مجـال الوقاية من عدوى الأمراض ومكافحتها (مثل تدابير مكافحة العدوى الاعتيادية والإضافية للتصدي للمخاطر المحتملة)
- عاملون فنيون مؤهلون ومتفانون (فرق الوقاية من العدوى ومكافحتها) يضطلعون بإدارة برامج مكافحة العدوى، تُحدد وظيفتهم ومسؤوليتهم ونطاقها تحديدا واضحا
- نظام للرقابة والإنذار المبكر للكشف عن تفشي الأمراض المعدية
- ميزانية محددة للأنشطة (مثل تدريب الموظفين) والإمدادات اللازمة لمواجهة حالة الطوارئ
- تدابير احتياطية نموذجية معززة وتدابير احتياطية محددة إضافية خاصة بمرض وبائي
- تدابير إدارية (مثل سياسات الحجر الصحي)، وتدابير بيئية وهندسية (مثل تحسين التهوية)
- استعمال معدات واقية شخصية
- مراقبة ممارسات برنامج الوقاية من العدوى ومكافحتها واستعراض توصياته بانتظام.

١١- ***نفايات الرعاية الصحية:*** يمكن تقسيم النفايات الصلبة الخطرة لمرافق الرعاية الصحية إلى نفايات معدية غير حادة ونفايات عامة حادة غير معدية. ومن شأن سوء إدارة نفايات الرعاية الصحية أن يعّرض العاملين الصحيين، والمنظفين ومن يعنون بالتخلص من النفايات، والمرضى وغيرهم، في المجتمع المحلي لعدوى أمراض مثل فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد باء وجيم. وينبغي فصل النفايات بشكل صحيح منذ البداية وحتى المرحلة الأخيرة من إجراءات فرزها حسب فئاتها للحد من خطر العدوى. وينبغي أن يتلقى العاملون الذين يضطلعون بمهمة التخلص من نفايات الرعاية الصحية تدريبا مناسبا وأن يرتدوا ملابس واقية (قفازات وجِزم كحد أدنى). وينبغي معالجة النفايات حسب نوعها، أي ينبغي التخلص من النفايات المعدية غيِر الحادة بالإضافة إلى النفايات الحادة في حفر محمية أو حرقها.

١٢- ***إدارة رفات الموتى***: عندما تتمخض الكوارث عن نسبة مرتفعة من الوفيات، يلزم إدارة أعداد كبيرة من الجثث. وكثيرا ما تقوم حلول الدفن الجماعي للرفات البشرية على الاعتقاد الخاطئ بأنها تمثل خطرا وبائيا إن لم تدفن أو تحرق على الفور. ولا تمثل الرفات البشرية مصدر خطر على الصحة إلا في حالات قليلة محددة تستلزم اتخاذ تدابير معينة (كالوفيات الناجمة عن الكوليرا أو الحمى النزفية) وينبغي تفادي دفن الجثث دون أية طقوس في مقابر جماعية، وأن تتاح للسكان فرصة التعرف على أفراد أسرتهم المتوفين وإجراء مراسم دفن تقليدية مناسبة لموتاهم. ويمكن أن يعرقل الدفن الجماعي إجراءات الحصول على شهادات الوفاة اللازمة للدعاوى القانونية. وعندما يكون الأشخاص المدفونين قد تعرضوا للعنف، ينبغي التفكير في الاستعانة بالطب الشرعي (انظر أيضا معيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٣ في الصفحة رقم ٢٤٥).



معيار نظم الصحة رقم ٢ : الموارد البشرية

يضطلع بتوفير خدمات الصحة عاملون مدربون وأكفاء لهم معارف ومهارات متنوعة مناسبة لتلبية الحاجات الصحية للسكان.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- استعراض مستوى التوظيف والقدرات بوصفه عنصرا رئيسيا في تقدير الوضع الصحي الأساسي.
- التصدي لمسألة اختلال التوازن في عدد الموظفين، وتنوع مهاراتهم وجنسهم و/أو تمثيلهم العرقي حيثما أمكن (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- دعم العاملين الصحيين المحليين ودمجهم في خدمات الصحة دمجا كاملا مع مراعاة مهاراتهم (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- الاستعانة بعاملين إضافيين مؤهلين للاضطلاع بوظائف الدعم في كل مرفق من مرافق الصحة.
- تدريب العاملين في العيادات على استعمال خطط العلاج والإرشادات السريرية (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- مساندة العاملين بشكل منتظم بالإشراف على عملهم والتعليق عليه لتأمين التزامهم بالمعايير.
- توحيد برامج التدريب وترتيب أولوياتها وفقا للحاجات الصحية الرئيسية والثغرات في الكفاءات.
- ضمان منح كافة العاملين الصحيين أجورا عادلة يعولون عليها وتتفق كل المنظمات عليها بالتشاور مع سلطات الصحة الوطنية.
- تأمين بيئة عمل تحفظ سلامة كافة العاملين الصحيين من حيث النظافة والحماية.

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي الاستعانة بما لا يقل عن ٢٢ عاملا صحيا مؤهلا (أطباء، ممرضات، قابلات) لكل ١٠,٠٠٠ نسمة (انظر الملاحظة الإرشادية ١):
  - طبيب واحد على الأقل لكل ٥٠,٠٠٠ نسمة
  - ممرضة مؤهلة واحدة على الأقل لكل ١٠,٠٠٠ نسمة
  - قابلة واحدة على الأقل لكل ١٠,٠٠٠ نسمة
- ينبغي توفير عامل صحي واحد على الأقل في المجتمع المحلي لكل ١٠٠٠ شخص، ومشرف واحد وعشرة زائرين ومشرف أقدم واحد.
- ينبغي ألا يضطر الأطباء إلى فحص أكثر من ٥٠ مريضا في اليوم بصورة مستمرة. فإذا تم تجاوز هذا الحد الأقصى بشكل منتظم، وجب تعيين أطباء إضافيين (انظر الملاحظة الإرشادية ١ والمرفق رقم ٣: صيغ حساب مؤشرات الصحة الرئيسية).

الملاحظات الإرشادية

١- ***مستويات التوظيف:*** تضم قوة العمل الصحية مجموعة واسعة من العاملين الصحيين كالأطباء والممرضات والقابلات والمسوؤلين السريريين أو الأطباء المساعدين، وفنيي المختبرات والصيادلة والعاملين الصحيين في المجتمعات المحلية.. الخ، بالإضافة إلى موظفي الإدارة والدعم. ولا يوجد إجماع على العدد الأمثل للعاملين الصحيين في مجموعة سكانية معينة، حيث يمكن أن يختلف هذا العدد وفقا للسياق. غير أن هناك علاقة مباشرة بين توافر العاملين الصحيين وتغطية أنشطة الصحة. فمن شأن تعيين ولو عاملة صحية واحدة أو ممثلا واحدا عن أقلية عرقية محددة في المرفق رقم الصحي، أن يزيد من توافد النساء أو أفراد الأقليات العرقية إليه. وينبغي التصدي لأي اختلال في التوظيف عن طريق إعادة نشر أو استقطاب العاملين الصحيين في المناطق التي تواجه نقصا حادا في مجـال تلبية الحاجات الصحية (انظر المعيار الأساسي رقم ٦ في الصفحة رقم ٦٧).

٢- ***تدريب الموظفين والإشراف عليهم:*** ينبغي أن يحصل العاملون في ميدان الصحة على التدريب والمهارات المناسبة المتماشية مع مستوى مسؤولياتهم. وعلى الوكالات الإنسانية واجب تدريب الموظفين والإشراف عليهم لضمان تحديث معارفهم. وينبغي أن يتصدر التدريب والإشراف قائمة الأولويات، وعلى الأخص عندما لا يكون الموظفون قد تلقوا تدريبا مستمرا، أو عند اعتماد قواعد صحية جديدة. وينبغي، بقدر المستطاع، توحيد برامج التدريب وترتيب أولوياتها حسب حاجات الصحة الرئيسية والثغرات في الكفاءة التي تُبيّن خلال عملية الإشراف. وينبغي حفظ سجلات بأسماء من تلقوا تدريبا، والمجـال الذي تدربوا عليه، ومَن درّبهم ومتى وأين. وينبغي مشاطرة هذه المعلومات مع دائرة الموارد البشرية لسلطات الصحة المحلية (انظر المعيار الأساسي رقم ٦ في الصفحة رقم ٦٧).

معيار نظم الصحة رقم ٣ : العقاقير والإمدادات الطبية

ينبغي أن يحصل السكان على إمدادات مستمرة من الأدوية واللوازم الاستهلاكية.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- استعراض قوائم الأدوية الأساسية الحالية للبلد المتضرر من الكارثة في مرحلة مبكرة من عملية الاستجابة للكارثة لتحديد مدى ملاءمتها (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- وضع وإقرار قائمة موحدة بالأدوية الأساسية والأجهزة الطبية تضم مواد مناسبة لتلبية الحاجات الصحية تتماشى مع كفاءة العاملين الصحيين (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- وضع نظام فعّال لإدارة الأدوية أو تكييفه (انظر الملاحظة الإرشادية ٣)
- ضمان توفير أدوية أساسية لمعالجة الأمراض الشائعة.



- لا ينبغي قبول التبرعات من الأدوية ما لم تلتزم بالمبادئ التوجيهية المعترف بها دوليا. فلا يُنصح باستعمال التبرعات من الأدوية التي لا تلتزم بهذه المبادئ التوجيهية، وينبغي التخلص منها بشكل مأمون.

المؤشر الأساسي (يستحسن قراءته مع الملاحظات الإرشادية)

- تفادي استنفاد مخزون مجموعة منتقاة من الأدوية الأساسية ومنتجات الاستشفاف في المرافق الصحية لأكثر من أسبوع واحد (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

الملاحظات الإرشادية

١- ***قائمة الأدوية الأساسية***: لمعظم البلدان قائمة بالأدوية الأساسية. وينبغي مراجعة هذه الوثيقة بالتشاور مع السلطة الصحية القائدة، عند اللزوم، في مرحلة مبكرة من الاستجابة للكارثة لمعرفة ما إذا كانت مناسبة. وقد يلزم أحيانا إجراء تغييرات في قائمة الأدوية الأساسية إذا ثبت مثلا وجود مقاومة لأدوية مكافحة الميكروبات التي ينصح باستعمالها. وإذا لم تكن هناك قائمة حديثة بهذه الأدوية، وجب تطبيق المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية في هذا المجـال، مثل قوائم منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية. وينبغي أن يقتصر استعمال الطرود النموذجية المعبأة مسبقاً على المراحل الأولى من الكارثة.

٢- ***المعدات الطبية***: ينبغي إيلاء عناية خاصة لوضع قائمة بالمعدات الضرورية على مختلف مستويات الرعاية الصحية، وأن تُربط بالكفاءة المطلوبة من الموظفين.

٣- ***إدارة العقاقير:*** على المنظمات المعنية بالصحة أن تنشئ نظاما فعالا لإدارة العقاقير. والغرض من هذا النظام هو ضمان استعمال وخزن الأدوية ذات الجودة المناسبة بصورة فعالة ورشيدة وعالية المردودية، والتخلص بصورة صحيحة من الأدوية التي انتهى تاريخ صلاحيتها. وينبغي أن يقوم هذا النظام على أربعة عناصر أساسية لإدارة الأدوية هي: اختيارها، وشراؤها، وتوزيعها واستعمالها.

٤- منتجات الاستشفاف: تضم هذه المنتجات قائمة بالأدوية الأساسية أو الرئيسية المختارة لتقييم عمل نظام إدارة العقاقير بانتظام. وينبغي أن تكون المنتجات التي يراد اختيارها كمنتجات استشفاف مناسبة لأولويات الصحة العامة المحلية، وينبغي أن تكون متاحة في كل الأوقات في مرافق الصحة. ومن أمثلة هذه المنتجات نذكر الأموكسيلين والباراسيتامول.

معيار نظم الصحة رقم ٤ : تمويل الصحة

ينبغي أن يحصل الناس على خدمات الرعاية الصحية الأولية مجانا خلال مرحلة الكارثة بأكملها.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- البحث عن الموارد المالية اللازمة لتوفير خدمات الصحة مجانا للسكان المنكوبين في الموقع خلال مرحلة الكارثة بأكملها (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- عندما يتعين دفع رسوم لقاء الخدمات الطبية بموجب نظام الدولة، ينبغي اتخاذ الترتيبات اللازمة لإلغاء هذه الرسوم أو تعليقها بصورة مؤقتة خلال مرحلة الاستجابة للكارثة (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- توفير الدعم المالي والتقني لنظام الصحة لتغطية الثغرات المالية الناجمة عن إلغاء و/أو تعليق أجور الخدمات الطبية ولمواجهة الطلب المتزايد على خدمات الصحة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).

المؤشر الأساسي (يستحسن قراءته مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية للسكان المتضررين من الكارثة مجانا في كل مرافق المنظمات الحكومية وغير الحكومية خلال مرحلة الاستجابة للكارثة.

الملاحظات الإرشادية

١- ***تمويل الصحة:*** تختلف تكاليف توفير خدمات الصحة الأساسية باختلاف السياق. ويُقصد بالسياق نظم الصحة القائمة، والسكان المتضررين من الكارثة، والحاجات الصحية الخاصة الناشئة عن الكارثة. ووفقا للجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة، يستلزم توفير حد أدنى من خدمات الصحة الأساسية إنفاق ما لا يقل عن ٤٠ دولارا للشخص الواحد في البلدان ذات الدخل المنخفض (أرقام عام ٢٠٠٨). ويرجح أن يستتبع توفير خدمات الصحة في سياق الكوارث تكاليف أعلى من تلك التي تُسجل في ظل ظروف مستقرة.

٢- ***رسوم الخدمات الطبية:*** هي المبالغ التي يدفعها المستعملون مباشرة في موقع تقديم خدمات الصحة. وتحول هذه الرسوم دون حصول السكان على الرعاية الصحية، وتمنع الفقراء والمستضعفين من التماس الرعاية الصحية المناسبة التي يحتاجون إليها. وهناك مبدأ إنساني أساسي هو أن على وكالات المعونة أن تزود المستفيدين بالخدمات والإمدادات مجانا. وعندما لا تسمح الظروف بالالتزام بهذا المبدأ، يمكن التفكير في تزويد السكان المنكوبين بالنقود و/أو القسائم لتمكينهم من الحصول على خدمات الصحة (انظر الأمن الغذائي – معيار التحويلات النقدية والقسائم رقم ١ في الصفحة رقم ١٩٣). وينبغي أن يُرافَق إلغاء رسوم الخدمات الطبية بتدابير أخرى لدعم نظام الصحة للتعويض عن الدخل المفقود ومواجهة الزيادة في الطلب (مثل دفع حوافز للعاملين



الصحيين، وتوفير إمدادات إضافية من الأدوية). وينبغي تتبع مدى حصول السكان على خدمات الصحة ونوعيتها بعد إلغاء رسوم الخدمات الطبية.

معيار نظم الصحة رقم ٥ : إدارة معلومات الصحة

ينبغي أن يسترشد تخطيط خدمات الصحة وتقديمها بجمع البيانات المناسبة عن الصحة العامة وتحليلها وتفسيرها واستعمالها .

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- البت في استعمال نظام معلومات الصحة الحالي أو تكييفه أو استعمال نظام بديل لمعلومات الصحة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- إجراء تقديرات واستطلاعات، حيثما كان ذلك مناسبا، لجمع المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها من نظام معلومات الصحة والتي تعد أساسية لاتخاذ قرار بخصوص خدمات الصحة ذات الأولوية (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- صياغة و/أو استخدام تعاريف موحدة لكل الأمراض والحالات الصحية التي يُفاد بها، وضمان استعمالها في كل المنظمات.
- وضع نظم للمراقبة والإنذار المبكر في إطار نظام معلومات الصحة للكشف عن تفشي الأمراض المعدية، والاعتماد على نظم معلومات الصحة القائمة حيثما أمكن (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٣ في الصفحة رقم ٣٠١، والمرفق رقم ٢: نماذج استمارات رفع تقارير المراقبة الأسبوعية).
- تشخيص الأمراض والحالات الصحية التي ينبغي التصدي لها من باب الأولوية والإفادة بها عبر نظام معلومات الصحة.
- على كل منظمات الاستجابة الإنسانية أن تتفق على رقم مشترك، مثل عدد السكان، وأن تستعمله (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ينبغي أن تقدم المرافق الصحية والوكالات الإنسانية بيانات المراقبة وغيرها من معلومات الصحة بشكل منتظم للوكالة القائدة المختارة. ويعتمد تواتر رفع هذه التقارير على السياق، حيث يمكن أن تكون التقارير يومية أو أسبوعية أو شهرية.
- استعمال البيانات الإضافية من مصادر مناسبة أخرى، كالاستطلاعات، بشكل متناسق، لتفسير بيانات المراقبة والاسترشاد بها عند اتخاذ القرارات (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية البيانات من أجل ضمان حقوق الأفراد و/أو السكان وسلامتهم (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي لكل مرافق ووكالات الصحة أن ترفع تقريرا منتظما إلى الوكالة المنسّقة عن نظام معلومات الصحة في غضون ٤٨ ساعة من نهاية الفترة التي يشملها التقرير.
- ينبغي لكل مرافق ووكالات الصحة أن تفيد بحالات الإصابة بأمراض وبائية الطابع في غضون ٢٤ ساعة من ظهور المرض (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٣ في الصفحة رقم ٣٠١).
- ينبغي أن تصدر الوكالة المنسّقة تقريرا منتظما شاملا يتضمن معلومات الصحة وتحليلا وتفسيرا لبيانات الوباء، بالإضافة إلى تقرير عن التغطية التي توفرها خدمات الصحة ومدى الاستفادة منها.

الملاحظات الإرشادية

١- ***نظام معلومات الصحة***: ينبغي أن يستند نظام معلومات الصحة إلى نظام المراقبة القائم أصلا حيثما أمكن. وقد يلزم في بعض حالات الكوارث وضع نظام موازٍ أو جديد لمعلومات الصحة استنادا إلى تقدير أداء نظام معلومات الصحة الحالي وفائدته، والحاجة إلى المعلومات في ظل الكارثة الحالية. وينبغي أن تتضمن بيانات الصحة خلال كارثة معينة المعلومات التالية إلى جانب معلومات أخرى:

- الوفيات المسجلة في مرافق الصحة، بما في ذلك وفيات الأطفال دون سن خمس سنوات
- الوفيات النسبية
- الوفيات حسب مسببها
- معدل انتشار معظم الأمراض الشائعة
- الاعتلال النسبي
- معدل استعمال مرافق الصحة
- عدد الاستشارات الطبية لكل طبيب يوميا.

٢- ***مصادر البيانات:*** عند تفسير واستعمال بيانات مرافق الصحة، ينبغي أخذ مصدر المعلومات وحدوده في الاعتبار. ويعد استعمال بيانات إضافية من أجل اتخاذ القرارات أمرا أساسيا في أي نظام لمعلومات الصحة، مثل التقديرات الخاصة بانتشار أمراض معينة أو معلومات عن أشكال السلوك الصحي. وتضم مصادر البيانات الأخرى التي يمكن أن تسهم في تحسين التحليل، الاستطلاعات السكانية، وتقارير المختبرات، وقياس جودة الخدمات. ويجب تطبيق معايير الجودة المعترف بها دوليا واستعمال الأدوات والقواعد النموذجية عند إجراء التقديرات والاستطلاعات، والتماس رأي النظراء بها حيثما أمكن.

٣- ***فرز البيانات***: ينبغي،بقدر المستطاع، فرز البيانات حسب العمر والجنس وضعف بعض الأفراد، والسكان المنكوبين والمستضيفين، والسياق (مثل الإقامة في مخيمات أو عدم الإقامة في مخيمات) لتوجيه عملية اتخاذ القرارات. وقد يصعب فرز البيانات في المراحل الأولى من حالة الطوارئ. غير أنه ينبغي تسجيل بيانات الوفيات والاعتلال لدى الأطفال دون سن خمس سنوات على الأقل. وينبغي المضي في مزيد من الفرز المفصل للبيانات كلما سمح الوقت والظروف بذلك، للكشف عن أي اختلافات محتملة وعن السكان المستضعفين (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧).



٤- ***سرية المعلومات:*** ينبغي اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية سلامة الفرد فضلا عن البيانات الخاصة به. ولا ينبغي أن يُطلع موظفو الصحة أي شخص ليست له علاقة مباشرة برعاية المريض على المعلومات الخاصة به في أي حال من الأحوال دون موافقة المريض. وينبغي إيلاء عناية خاصة بالأشخاص ذوي المشكلات العقلية أو الذهنية أو الشعورية التي يمكن أن تلغي قدرتهم على التمييز. وينبغي معالجة البيانات المتعلقة بالإصابات الناجمة عن التعذيب أو غيره من انتهاكات حقوق الإنسان، بما فيها الاعتداء الجنسي، بكثير من العناية. كما ينبغي التفكير في إطلاع الجهات أو المؤسسات المعنية على هذه المعلومات بموافقة الأفراد المعنيين (انظر معيار نظم الصحة رقم ١ في الصفحة رقم ٢٨١، ومبدأ الحماية رقم ١، والملاحظات الإرشادية ٧-١٢ في الصفحتين ٣٢ و٣٣).

ترد في المرفق رقم ٢ استمارات نموذجية لتسجيل الوفيات والاعتلال. وترد في المرفق رقم ٣ صيغ حساب مؤشرات الصحة الرئيسية.

معيار نظم الصحة رقم ٦ : القيادة والتنسيق

ينبغي أن يحصل الناس على خدمات صحية يجري تنسيقها بين كل الوكالات الإنسانية وقطاعات العمل الإنساني الأخرى لتحقيق أقصى فائدة ممكنة.

التدابير الأساسية يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ضمان اضطلاع ممثلو وزارة الصحة بقيادة عملية تنسيق العمل الصحي أو إشراكهم فيه عن كثب على الأقل، حيثما أمكن.
- إذا كانت وزارة الصحة تفتقر إلى القدرات أو الإرادة المطلوبة لتنسيق عملية الاستجابة للكارثة، وجب اختيار وكالة إنسانية بديلة تتمتع بالقدرات المطلوبة لتنسيق عمل قطاع الصحة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- عقد اجتماعات منتظمة لتنسيق عمل الشركاء المحليين والخارجيين في مجـال الصحة على المستويات المركزية ودون الوطنية والميدانية، ضمن قطاع الصحة وبين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى والمجموعات المشتركة بين القطاعات المعنية بمواضيع محددة (انظر الملاحظة الإرشادية ٣ والمعيار الأساسي رقم ٢ في الصفحة رقم ٥٤).
- توضيح وتوثيق المسؤوليات والقدرات المحددة لكل وكالة معنية بالصحة لضمان التغطية المثلى للسكان (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- تشكيل مجموعات عمل ضمن آليات تنسيق العمل الصحي حيثما اقتضت الظروف ذلك (كالتأهب لتفشي مرض ما ومواجهته، والصحة الإنجابية).
- إصدار ونشر تقارير منتظمة عن المستجدات والنشرات الخاصة بقطاع الصحة.

المؤشر الأساسي (يستحسن قراءته مع الملاحظات التوجيهية)

- ينبغي أن تقوم الوكالة المنسِّقة بإعداد إستراتيجية للاستجابة في ميدان العمل الصحي ترتب فيها الأولويات، وتحدد دور الوكالة المنسِّقة والوكالات الشريكة في بداية عملية الاستجابة للطوارئ (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).

الملاحظات الإرشادية

١- ***الوكالة المنسقة للعمل الصحي***: ينبغي أن تضطلع وزارة الصحة بدور الوكالة المنسِقة للعمل الصحي وأن تتحمل مسؤولية تنسيق أعمال قطاع الصحة. ويمكن أن تفتقر وزارة الصحَة في بعض الظروف إلى القدرات أو الإرادة المطلوبة للاضطلاع بدور التنسيق بطريقة فعلية وغير متحيزة. وفي مثل هذه الحالة، تضطلع منظمة الصحة العالمية، بوصفها الوكالة القائدة لمجموعة الصحة على الصعيد العالمي، بهذه المسؤولية. وفي الحالة التي يتعذر فيها على كل من وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية الاضطلاع بهذه المسؤولية، فقد يُطلب من وكالة أخرى أن تضطلع بتنسيق هذه الأنشطة. وينبغي أن تتأكد الوكالة المنسّقة للعمل الصحي من أن تقوم وكالات الصحة المستجيبة بتنسيق عملها مع سلطات الصحة المحلية ومن أن تدعم قدرات نظم الصحة المحلية (انظر المعيار الأساسي رقم ٢ في الصفحة رقم ٥٤).

٢- ***استراتيجية قطاع الصحة:*** إن إحدى المسؤوليات المهمة للوكالة المنسِقة للعمل الصحي هو رسم إستراتيجية شاملة للاستجابة لحالة الطوارئ في قطاع الصحة. وينبغي، كحل أمثل، إعداد وثيقة تحدد أولويات العمل الصحي وأهدافه، وتشدد على الاستراتيجيات اللازمة لتحقيقها. ويستحسن إعداد مثل هذه الوثيقة بعد التشاور مع الوكالات المعنية وممثلي المجتمع المحلي لضمان احتواء العملية لأكبر عدد ممكن من الجهات المعنية.

٣- ***اجتماعات التنسيق***: ينبغي أن تركز هذه الاجتماعات على العمل وأن توفر محفلا لتبادل المعلومات وتحديد الأولويات ومتابعتها، ورسم استراتيجيات الصحة المشتركة وتكييفها، وإسناد مهام محددة، والموافقة على بروتوكولات وعلميات الإغاثة الموحدة. وينبغي عقد الاجتماعات أسبوعيا في المرحلة الأولى على الأقل. وينبغي الاستعانة بهذه الاجتماعات للتأكد من استعمال كل الشركاء في ميدان العمل الصحي قاسما مشتركا وأرقاما وأدوات ومبادئ توجيهية ومعايير مشتركة أخرى، حيثما أمكن. وينبغي زيادة تواتر الاجتماعات في المراحل الأولى من الكارثة.



٢- خدمات الصحة الأساسية

خدمات الصحة الأساسية هي خدمات صحية وقائية وعلاجية مناسبة تلبي الحاجات الصحية للسكان المتضررين من الكوارث. وتضم هذه الخدمات أنشطة فعالة للغاية ترمي إلى تفادي وتقليل الارتفاع الحاد في الاعتلال والوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وغير المعدية، وعواقب النزاعات والأحداث التي يمكن أن تؤدي إلى إصابة أعداد كبيرة من الناس. ويمكن أن يرتفع معدل الوفيات ارتفاعا شديدا في أثناء الكوارث، لذا يعد تشخيص أهم أسباب الاعتلال والوفيات مهما لتخطيط خدمات الصحة الأساسية المناسبة. ويقدم هذا الجزء من فصل العمل الصحي معايير خدمات الصحة الأساسية مصنفة في ستة أقسام هي: مكافحة الأمراض المعدية؛ صحة الطفل؛ الصحة الجنسية والإنجابية؛ الإصابات؛ الصحة العقلية؛ الأمراض غير المعدية.

معيار خدمات الصحة الأساسية رقم ١ : ترتيب خدمات الصحة حسب الأولوية

ينبغي أن يحصل الناس على خدمات صحية تُرتب حسب الأولوية للتصدي لأهم أسباب الارتفاع المفرط في نسبة الاعتلال والوفيات.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- جمع وتحليل المعلومات المتعلقة بمشكلات الصحة للتصدي لأهم أسباب ارتفاع معدل الوفيات والاعتلال، بالتنسيق مع السلطات الصحية المحلية (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧).
- تحديد فئات المستضعفين (كالنساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، الخ) الذين قد يكونون عرضة للخطر (انظر مبدأ الحماية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٤).
- إعطاء الأولوية لخدمات الصحة المناسبة والفعالة والقابلة للتحقيق وتنفيذها من أجل تقليل ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض والوفيات، وذلك بالتنسيق مع السلطات الصحية المحلية (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- الكشف عن العقبات التي تحول دون الحصول على خدمات الصحة ذات الأولوية، وتقديم حلول عملية للتصدي لها (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- توفير خدمات الصحة ذات الأولوية بالتنسيق مع كل ميادين و/أو مجموعات العمل الإنساني الأخرى والمجموعات المشتركة المعنية بمواضيع معينة (انظر المعيار الأساسي رقم ٢ في الصفحة رقم ٥٤).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي المحافظة على معدل الوفيات الخام الحالي أو تخفيضه إلى ما يقل عن ضعف مستواه المرجعي قبل وقوع الكارثة (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ينبغي المحافظة على المستوى الحالي لمعدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات أو تخفيضه إلى ما يقل عن ضعف مستواه المرجعي قبل وقوع الكارثة (انظر الملاحظة الإرشادية٣).

الملاحظات الإرشادية

١- ***خدمات الصحة ذات الأولوية:*** هي خدمات صحية أساسية ناجعة في مجـال التصدي لأهم أسباب الارتفاع الحاد في معدل الوفيات والاعتلال. وتختلف هذه الخدمات باختلاف الظروف، بما في ذلك نوع الكارثة ووقعها. وينبغي أن تستند خدمات الصحة الأساسية، بقدر المستطاع، إلى مبدأ الممارسات القائمة على أدلة، وأن تثبت فائدتها في مجـال الصحة العامة. وما أن تنخفض معدلات الوفيات لتقترب من مستويات الأساس، يمكن الشروع في تقديم مجموعة أشمل من خدمات الصحة بالتدريج (انظر المعيار الأساسي رقم ٤ في الصفحة رقم ٦١).

٢- ***الحصول على خدمات الصحة***: ينبغي أن يستند الحصول على خدمات الصحة إلى مبدأي الإنصاف وعدم التحيز، أي ينبغي أن يحصل الجميع عليها وفقا لحاجاتهم دون أي تمييز. وينبغي اختيار موقع تقديم خدمات الصحة وموظفيها بطريقة تضمن أمثل استفادة وتغطية ممكنين. كما ينبغي مراعاة الحاجات الخاصة للمستضعفين عند تخطيط خدمات الصحة. وقد تكون عقبات الحصول على هذه الخدمات بدنية أو مالية أو سلوكية و/أو ثقافية واتصالية. ويعد تشخيص مثل هذه العقبات وتجاوزها أساسيا للحصول على خدمات الصحة ذات الأولوية (انظر المعيار الأساسي رقم ٣ في الصفحة رقم ٥٧ ومبدأ الحماية رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٤).

٣- ***معدل الوفيات الخام ومعدل الوفيات دون سن خمس سنوات***: يعتبر معدل الوفيات الخام اليومي أكثر مؤشرات الصحة فائدة لمراقبة وتقدير خطورة حالات الطوارئ. ويعكس تضاعف المستوى المرجعي لمعدل الوفيات الخام حالة طوارئ مهمة في مجـال الصحة العامة تتطلب استجابة فورية. وعندما لا يكون معدل المستوى المرجعي معروفا أو في حال وجود شكوك حول صحته، ينبغي لمؤسسات الصحة أن تسعى إلى المحافظة على معدل الوفيات الخام دون ١ لكل ١٠٠٠٠ وفاة في اليوم.

ويعتبر المستوى المرجعي لمعدل الوفيات دون سن خمس سنوات مؤشرا أدق من مؤشر معدل الوفيات الخام. وعندما لا يكون المستوى المرجعي لمعدل الوفيات دون سن خمس سنوات معروفا أو في حال وجود شكوك حول صحته، ينبغي للمنظمات الإنسانية أن تسعى إلى إبقاء هذا المعدل دون ٢ لكل ١٠٠٠٠ وفاة يوميا (انظر المرفق رقم ٣: صيغ حساب مؤشرات الصحة الأساسية).



المستويات المرجعية للبيانات الخاصة بالوفيات حسب المناطق

المنطقة	معدل الوفيات الخام (الوفيات/ ١٠٠٠٠/في اليوم)	معدل الوفيات الخام عتبات الطوارئ	معدل الوفيات دون سن ٥ سنوات (الوفيات/ ١٠٠٠٠/في اليوم)	معدل الوفيات دون سن ٥ سنوات عتبات الطوارئ
أفريقيا جنوب الصحراء	٠,٤١	٠,٨	١,٠٧	٢,١
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٠,١٦	٠,٣	٠,٢٧	٠,٥
جنوب آسيا	٠,٢٢	٠,٤	٠,٤٦	٠,٩
شرق آسيا والمحيط الهادي	٠,١٩	٠,٤	٠,١٥	٠,٣
أمريكا اللاتينية والكاريبي	٠,١٦	٠,٣	٠,١٥	٠,٣
أوروبا الشرقية والوسطى/مجلس الدول المستقلة ودول البلقان	٠,٣٣	٠,٧	٠,١٤	٠,٣
البلدان الصناعية	٠,٢٥	٠,٥	٠,٠٣	٠,١
البلدان النامية	٠,٢٢	٠,٤	٠,٤٤	٠,٩
أقل البلدان نموا	٠,٣٣	٠,٧	٠,٨٢	١,٧
العالم	٠,٢٥	٠,٥	٠,٤٠	٠,٨

المصدر: تقرير منظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة عن وضع الأطفال في العالم عام ٢٠٠٩ (بيانات عن عام ٢٠٠٧).

٢-١- خدمات الصحة الأساسية – مكافحة الأمراض المعدية

تميل معدلات الوفيات والاعتلال بسبب الأمراض المعدية إلى الارتفاع في حالات الكوارث. وقد تبين أن ٦٠ إلى ٩٠ في المئة من الوفيات في العديد من ظروف النزاعات، تعود إلى أحد الأمراض المعدية الكبرى وهي: الحصبة، والإسهال، والالتهابات الرئوية الحادة، والملاريا المتوطنة. وكثيرا ما يؤدي سوء التغذية الحاد إلى تفاقم هذه الأمراض، ولا سيما بين الأطفال دون سن خمس سنوات. وقلما يرتبط تفشي الأمراض المعدية بالكوارث الطبيعية المفاجئة، بل أنه يرتبط عادة بعوامل تنطوي على خطر مثل نزوح السكان، والاكتظاظ، وعدم توفر مآوٍ مناسبة، وعدم توفر كميات كافية من الماء الصالح للشرب، وانعدام الصرف الصحي المناسب.

خدمات الصحة الأساسية – معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ١ : الوقاية من الأمراض المعدية

ينبغي أن يحصل الناس على المعلومات والخدمات الخاصة بالوقاية من الأمراض المعدية التي تسهم بشكل ملموس في الارتفاع الحاد في نسبة الاعتلال والوفيات.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- وضع تدابير عامة للوقاية وتطبيقها بالتنسيق مع قطاعات العمل المعنية الأخرى (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- تطبيق أساليب مناسبة لمكافحة نواقل الأمراض فيما يتعلق بالملاريا وحمى الضنك، وغيرها من الأمراض الناشئة عن نواقل الأمراض حسب الحالة الوبائية المحلية (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣).
- تطبيق تدابير للوقاية من الأمراض بصفة خاصة، مثل التلقيح الجماعي ضد الحصبة وفقا للتعليمات (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار صحة الطفل رقم ١ في الصفحة رقم ٣٠٦).

المؤشر الأساسي (يستحسن قراءته مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تكون مؤشرات أهم الأمراض المعدية ذات الصلة بالسياق مستقرةً (ألا تسجل زيادة).

الملاحظات الإرشادية

١- ***تدابير الوقاية العامة***: تشمل تخطيط الموقع تخطيطا مناسباً وتوفير الماء الصالح للشرب والإصحاح المناسب ومرافق النظافة، والتلقيح ضد أمراض محددة، وتوفير كميات كافية من الغذاء السليم، والحماية الشخصية، ومكافحة نواقل الأمراض، والتوعية الصحية المجتمعية وحشد طاقات المجتمع. وينبغي تنظيم معظم هذه العمليات بالتنسيق مع قطاعات المشروع الأخرى، بما فيها:

- المأوى – توفير عدد كاف من المآوي تفصل بينها مساحة كافية وتكون مهواة بصورة مناسبة، ومحمية من الحشرات، وبعيدة عن المياه الراكدة، وقريبة من مرافق الماء والإصحاح (انظر معايير المأوى والمستوطنات البشرية أرقام ١-٣ في الصفحات ٢٣٩-٢٤٨، ومعيار اللوازم غير الغذائية رقم ٢ في الصفحة رقم ٢٥٩).
- الماء والإصحاح والنظافة – توفير كميات كافية من الماء الصالح للشرب ومرافق الإصحاح المناسبة والنهوض بالنظافة (انظر معياري النهوض بالنظافة ١ و٢ في الصفحات ٨٦-٨٩، ومعايير الإمداد بالماء أرقام ١-٣ في الصفحات ٩٢-٩٨، ومعياري التخلص من الفضلات العضوية ١ و٢ في الصفحات ١٠٠-١٠٢).
- الإصحاح البيئي والإدارة السليمة للماء ومكافحة نواقل الأمراض (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣، ومعيار المأوى والمستوطنات البشرية رقم ٤ في الصفحة رقم ٢٥١، ومعايير مكافحة نواقل الأمراض أرقام ١-٣ في الصفحات ١٠٧-١١١، ومعيار إدارة النفايات الصلبة رقم ١ في الصفحة رقم ١١٢، ومعيار الصرف الصحي رقم ١ في الصفحة رقم ١١٦).



- الأمن الغذائي والتغذية والمعونة الغذائية – ينبغي توفير أغذية مناسبة ومعالجة سوء التغذية (انظر معياري تغذية الرضع وصغار الأطفال ١ و٢ في الصفحات ١٥١-١٥٣، ومعايير إدارة سوء التغذية الحاد أرقام ١-٣ في الصفحات ١٥٨-١٦٦، ومعيار الأمن الغذائي رقم ١ في الصفحة رقم ١٦٩).
- التوعية الصحية وحشد طاقات المجتمع – صياغة رسائل تضمن التطبيق الفعلي لتدابير الوقاية المذكورة أعلاه.

٢- ***الوقاية من الملاريا:*** تطبيق تدابير للوقاية من الملاريا تتناسب مع احتمال انتقال العدوى، ومرحلة الطوارئ وإمكانية تنقل السكان، ونوع المآوي، وسلوك ناقل المرض المحلي في المناطق التي تكون فيها الملاريا متوطنة. وينبغي أن تسترشد تدابير مكافحة نواقل الأمراض، كرش مبيدات الحشرات الفعالة داخل المآوي، وتوزيع الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ذات الأثر الطويل الأجل، بالتقديرات والخبرات فيما يتعلق بالحشرات. ولكي يكون رش المبيدات داخل المأوى فعالا كإجراء لمكافحة الحشرات في المجتمعات المحلية، ينبغي أن يشمل ما لا يقل عن ٨٠ في المئة من المنازل. وتوفر الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ذات الأثر طويل الأجل حماية شخصية بعيدة الأمد وتعتبر أفضل الناموسيات النموذجية. ولا يُنصح بتوزيع ناموسيات غير معالجة بالمبيدات (انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٢ في الصفحة رقم ٢٥٩ ومعايير مكافحة نواقل الأمراض أرقام ١-٣ في الصفحات ١٠٧-١١١).

يعتمد تحديد أولويات توزيع الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ذات الأثر الطويل الأجل، على مرحلة الطوارئ ومستوى انتقال الملاريا. ففي المراحل الأولى من الكوارث، في المناطق التي تسجل فيها معدلات مرتفعة إلى معتدلة لانتشار الملاريا، ينبغي أن تعطى الأولوية للمرضى في المستشفيات والأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية الحاد وأفراد أسرتهم، والنساء الحوامل، والأطفال دون سن عامين. ثم تعطى الأولوية للأشخاص المسجلين في برامج التغذية التكميلية، والأطفال دون سن خمس سنوات، وعائلات النساء الحوامل، والأطفال دون سن عامين. وقد يلزم حماية جميع السكان المعرضين للخطر عن طريق تزويدهم بناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات ذات الأثر طويل الأجل. وفي المراحل الأولى من الكوارث، في المناطق التي تسجل مستوىً منخفضا لانتقال العدوى، ينبغي استعمال هذه الناموسيات في مراكز العلاج السريري (مثل مراكز التغذية العلاجية السكنية والمستشفيات).

٣- ***الوقاية من حمى الضنك:*** إن مكافحة نواقل الأمراض (اليرقات والحشرات البالغة) هو الأسلوب الرئيسي للوقاية من حمى الضنك. وينبغي الاسترشاد ببيانات توزيع حالات الإصابة البشرية والكثافة العددية لناقل المرض عند مكافحة نواقل حمى الضنك. وينبغي استهداف أكثر مواقع تكاثر الحشرات إنتاجية، علما بأنها تختلف من مكان إلى آخر. ويتكاثر البعوض من فصيلة Aedes في حاويات حفظ الماء وغيرها من حاويات جمع الماء الاصطناعية (مثل أكواب البلاستك، وأطر العجلات المطاطية القديمة، والقناني المكسورة، وأواني الزهور، الخ). إن صرف الماء من هذه الحاويات بصورة دورية وإزالتها هو أنجع طريقة لتقليل عدد أماكن تكاثر نواقل الأمراض. وينبغي تغطية أوعية حفظ الماء في المنازل دائما وغسلها وجلفها أسبوعيا. وينبغي تزويد السكان المتضررين من الكوارث بأوعية مناسبة ذات أغطية لحفظ الماء. كما أن معالجة الأوعية بمادة مبيدة لليرقات يعد مفيدا أيضا في القضاء على اليرقات. كما أن رش مبيدات الحشرات يقلل بالفعل عدد البعوض البالغ. وينبغي أيضا تشجيع اتخاذ تدابير الحماية الشخصية (انظر معيار اللوازم غير الغذائية رقم ٢ في الصفحة رقم ٢٥٩، ومعايير مكافحة نواقل الأمراض أرقام ١-٣ في الصفحات ١٠٧-١١١).

خدمات الصحة الأساسية – معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٢ : تشخيص الأمراض المعدية وإدارة حالات الإصابة

ينبغي أن يحصل الناس على تشخيص وعلاج فعليين للأمراض المعدية التي تسهم بشكل ملموس في الارتفاع المفرط لنسبة الأمراض والوفيات التي يمكن تفاديها.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- صياغة رسائل للتوعية في مجـال الصحة العامة لتشجيع الناس على طلب الرعاية على وجه السرعة في حالة إصابتهم بالحمى والسعال والإسهال، الخ.
- توفير الرعاية الصحية في كل المرافق الصحية الأولية استنادا إلى خطط العلاج النموذجية لإدارة حالات الإصابة بالأمراض، أو الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة والإدارة المتكاملة لأمراض البالغين، حيثما طُبقت، وإحالة المرضى إلى الرعاية التخصصية فيما يتعلق بالأمراض المعقدة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- فرز المرضى وتشخيص مرضهم وتطبيق قواعد إدارة حالات الإصابة بالأمراض لمباشرة معالجة بعض الأمراض كالالتهابات الرئوية والملاريا والإسهال والحصبة والتهاب السحايا وسوء التغذية وحمى الضنك على وجه السرعة، وتدريب الموظفين على تطبيق قواعد العلاج (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٢ و٣ وخدمات الصحة الأساسية – معيار صحة الطفل رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٠٨)
- لا ينبغي تطبيق برنامج مكافحة السل إلا بعد الالتزام بالمعايير المعترف بها (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

المؤشر الأساسي (يستحسن قراءته مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي إتاحة قواعد العلاج الموحدة لإدارة حالات الإصابة بالأمراض فيما يتعلق بتشخيص ومعالجة أكثر الأمراض المعدية انتشارا واستعمالها بصورة منهجية (انظر الملاحظات الإرشادية ١-٣، ومعيار نُظم الصحة رقم ١ في الصفحة رقم ٢٨١).

الملاحظات الإرشادية

١- ***الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة والإدارة المتكاملة لأمراض البالغين***: يمكن تقليل الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية عن طريق التشخيص المبكر والدقيق للمرض وتوفير العلاج المناسب. ومن المهم الاستعانة بالإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة والإدارة المتكاملة لأمراض البالغين، حيثما كانت مطبقة، أو غيرها من أساليب التشخيص الوطنية، لفرز وتصنيف الأمراض وفقا لنوعها وخطورتها، والمساعدة على تقديم العلاج المناسب. وتمثل بعض أعراض الخطر مؤشرا لإحالة المرضى إلى مرافق العلاج الداخلي. وتتيح خطط العلاج الموحدة لإدارة حالات الإصابة بالأمراض التشخيص الصحيح للأمراض والاستعمال الرشيد للعقاقير (انظر أيضا خدمات الصحة الأساسية – معيار صحة الطفل رقم ٢ في الصفحة رقم ٣٠٨).



٢- ***الالتهابات الرئوية***: يكمن سر الحد من الوفيات الناجمة عن الالتهابات الرئوية في توفير أقراص المضادات الحيوية بسرعة، مثل الأموكسيسيلين amoxicillin مع الالتزام بقواعد العلاج الوطنية. وينبغي استقبال المصابين بالالتهابات الرئوية الحادة في المستشفى ومعالجتهم بأدوية تُبلَع.

٣- ***الملاريا***: يعد الحصول على علاج سريع وناجع في غاية الأهمية لنجاح مكافحة الملاريا. وفي المناطق التي تكون فيها الملاريا متوطنة، ينبغي وضع قواعد تسمح بتشخيص الحمى مبكراً (أقل من ٢٤ ساعة) وتوفير علاج بعقاقير أولية شديدة الفعالية. وعادة ما تستعمل الأدوية التوليفية التي تضم مادة الأرتيميسينين في علاج الملاريا المنجلية. وينبغي اختيار الدواء بالتشاور مع الوكالة المنسِّقة والبرنامج الوطني لمكافحة الملاريا. وينبغي مراعاة جودة العقاقير عند شراء الإمدادات. ويستحسن تشخيص الملاريا عن طريق فحص يُجرى في المختبر (اختبار التشخيص السريع، الاختبار المجهري) قبل مباشرة العلاج. ولكن، لا ينبغي التأخر في توفير علاج الملاريا السريري إذا تعذر إجراء الفحص المختبري.

٤- ***مكافحة السّل الرئوي***: إن عدم تطبيق برامج مكافحة السّل بصورة مناسبة من شأنه أن يضر أكثر مما ينفع، حيث أنه يمدد فترة العدوى، ويسهم في انتشار العصويات المقاومة لعدة عقاقير. وعلى الرغم من إمكانية العناية بالمرضى المصابين بالسّل في أثناء الكوارث، فلا ينبغي تنفيذ برنامج شامل لمكافحة السّل إلا بعد أخذ المعايير المعمول بها في الاعتبار. وتشمل هذه المعايير عزم الوكالة ومواردها، والتأكد من استقرار السكان لفترة تتراوح ما بين ١٢ و١٥ شهرا على الأقل، وإمكانية تنفيذ برنامج مناسب الجودة. وينبغي دمج برامج مكافحة السّل، في حال تنفيذها، بالبرنامج القطري. كما ينبغي أن تلتزم بإستراتيجية العلاج قصير المدة الخاضع للإشراف المباشر.

وفي ذروة حالة الطوارئ، يرجح أن يطرح الانقطاع المحتمل لعلاج كل الأمراض المزمنة، بما فيها السل الرئوي وتعذر متابعة المرضى، مشكلة كبرى. لذا يجب ترسيخ التعاون بين العاملين الصحيين في مجـال الطوارئ وخدمات البرامج الوطنية لمكافحة السل الرئوي. فمن شأن ذلك أن يضمن مواصلة الناس الذين كانوا يتلقون العلاج قبل وقوع الكارثة، علاجهم بعدها (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار الأمراض غير المعدية رقم ١ في الصفحة رقم ٣٢١).

خدمات الصحة الأساسية – معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٣ : الكشف عن حالات تفشي الأمراض ومكافحتها

ينبغي التأهب لاحتمالات تفشي الأمراض والكشف عنها وبيان أسبابها ومكافحتها بسرعة وبطريقة فعالة.

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

الكشف عن تفشي الأمراض

- وضع نظام للإنذار المبكر والمراقبة والاستجابة استنادا إلى تقدير شامل لاحتمال تفشي الأمراض المعدية، في إطار نظام معلومات الصحة الأوسع نطاقا (انظر الملاحظة الإرشادية رقم ١ ومعيار نظم الصحة رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٩٠).
- تدريب العاملين الصحيين وعاملي الصحة المجتمعيين على الكشف عن احتمالات تفشي الأمراض والإفادة بها.
- تزويد السكان بمعلومات بسيطة عن أعراض الأمراض ذات الطابع الوبائي وعن الجهات التي يمكن لهم اللجوء إليها للحصول على المساعدة.

التأهب

- إعداد خطة للتحقيق في احتمالات تفشي الأمراض ومكافحتها (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ينبغي أن تكون قواعد التحقيق في احتمالات تفشي الأمراض الشائعة ومكافحتها، بما في ذلك قواعد العلاج المناسبة، متاحة للموظفين المعنيين، وينبغي توزيعها عليهم.
- ينبغي أن يكون احتياطي الإمدادات الأساسية متاحا لمعالجة الأمراض ذات الأولوية، وينبغي أن يسهل شراء هذه المواد بسرعة من مصدر يُعيّن مسبقا (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ينبغي الشروع مسبقا في تحديد أماكن لعزل المرضى الذين يمكن أن ينقلوا العدوى ومعالجتهم، مثل إقامة مراكز لمعالجة الكوليرا.
- ينبغي اختيار مختبر على المستوى المحلي أو الإقليمي أو الوطني أو في بلد آخر يكون قادرا على تأكيد حالات تفشي الأمراض (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- ينبغي أن تكون لوازم أخذ عينات العوامل المعدية التي يرجح أن تؤدي إلى تفشي مرض ما بصورة مفاجئة ووسائل نقلها متوفرة في الموقع (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).



مكافحة الأمراض

- وصف تفشي المرض وفقا للوقت والمكان والشخص المصاب، مما يؤدي إلى الكشف عن أكثر الأفراد عرضة للإصابة به واتخاذ تدابير مناسبة لمكافحته (انظر الملاحظات الإرشادية ٦-٨).
- تطبيق تدابير مناسبة وخاصة بمكافحة مرض معين وسياقه (انظر الملاحظة الإرشادية ٩).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي توفير خطة مكتوبة للتحقيق في احتمالات تفشي الأمراض ومكافحتها أو صياغتها في بداية عملية الاستجابة للكارثة
- ينبغي أن تبلِّغ وكالات الصحة الجهة المعنية اللاحقة في الترتيب الهرمي لنظام الصحة بحالات تفشي الأمراض المحتملة في غضون ٢٤ ساعة من الكشف عنها.
- ينبغي أن تقوم الوكالة المنسقة بالتحقيق في حالات الأمراض الوبائية الطابع التي أحيطت علما بها، وذلك في غضون ٤٨ ساعة من إطّلاعها عليها.
- ينبغي أن تظل معدلات وفيات المصابين بالأمراض دون المستويات المقبولة التالية:
  - الكوليرا – واحد في المئة أو أقل
  - الزحار العصبوي – واحد في المئة أو أقل
  - التيفوئيد – واحد في المئة أو أقل
  - التهاب السحايا بالمكورات السحائية – ما بين ٥ و١٥ في المئة
  - الملاريا – حسب الظروف، ويستحسن استهداف أقل من ٥ في المئة بين المرضى الذين يعانون من إصابة حادة بالملاريا
  - الحصبة – سُجل ما بين ٢ و٢١ في المئة في المناطق التي تعاني من نزاعات، ينبغي استهداف أقل من ٥ في المئة. (انظر الملاحظة الإرشادية ١٠).

الملاحظات الإرشادية

١- ***نظام الإنذار المبكر للكشف عن تفشي الأمراض الوبائية***: ينبغي أن يضم هذا النظام العناصر الرئيسية التالية:

- شبكة من الشركاء المنفذين
- تطبيق النظام في كل المرافق الصحية وعلى المستوى المجتمعي إن أمكن
- إجراء تقدير شامل لاحتمال تفشي الأمراض الوبائية
- تحديد عدد صغير من الأمراض ذات الأولوية (١٠-١٢) التي تستدعي مراقبة أسبوعية، وعدد محدد من الأمراض التي تتطلب توجيه "إنذار"، وذلك استنادا إلى تقدير المخاطر (انظر المرفق رقم ٢: نماذج استمارات رفع تقارير المراقبة الأسبوعية)
- تعريف واضح لحالات الإصابة فيما يتعلق بكل مرض في استمارة المراقبة النموذجية
- تحديد عتبات الإنذار التي تستدعي مباشرة التحقيق فيما يتعلق بالأمراض ذات الأولوية

- وضع نُظُم للاتصالات تضمن إبلاغ السلطات الصحية المعنية على وجه السرعة (بحالات الإنذار الرسمية وغير الرسمية) بتفشي الأمراض (الشائعات، تقارير وسائل الإعلام، الخ)
- نظام لتسجيل عمليات الإنذار والاستجابة لها فورا
- تقديم البيانات والدخول في قاعدة البيانات النموذجية وتحليلها أسبوعيا
- إطلاع جميع الشركاء على معلومات المراقبة والإنذار الفوري الأسبوعية
- الإشراف المنتظم لضمان جودة البيانات ورفع تقارير مستفيضة في غضون المهلة المحددة
- قواعد واستمارات نموذجية للتحقيق في حالات الإصابة بالأمراض
- إجراءات نموذجية لتبادل المعلومات وبدء الاستجابة لتفشي المرض.

٢- ***خطة التحقيق في احتمالات تفشي الأمراض ومكافحتها:*** يجب إعدادها بفضل مشاركة كل الجهات المعنية مشاركة كاملة. وينبغي أن تتناول الخطة المسائل التالية:

- معايير اجتماع فريق مكافحة تفشي الأمراض
- تشكيل فريق مكافحة تفشي الأمراض
- دور ومسؤولية كل وكالة ومركزها في الفريق
- ترتيبات استشارة السلطات وإعلامها على المستويين المحلي والوطني
- الموارد والمرافق المتاحة للتحقيق في تفشي الأمراض ومكافحتها
- قائمة الأدوية والإمدادات وعمليات التشخيص الأساسية المطلوبة.

٣- ***الاحتياطي من المخزونات***: ينبغي أن يضم الاحتياطي في الموقع المواد التي يلزم استعمالها في حالات احتمال تفشي الأمراض. وقد يلزم توفير مجموعة لوازم جاهزة لمكافحة الكوليرا في بعض الظروف. وقد يكون من المناسب الاحتفاظ في الموقع بمخزون من بعض المواد مثل لقاح المكورات السحائية. وينبغي تحديد آليات للحصول على هذه المواد بسرعة وشحنها وخزنها مسبقا لكي يتاح الحصول عليها بسرعة.

٤- ***المختبرات المرجعية:*** تعد الاختبارات مفيدة بصفة خاصة عندما يراد التأكد من تشخيص معين في حال احتمال تفشي مرض ما قد يكون من المفيد تنظيم تلقيح جماعي للوقاية منه (كالتهاب السحايا بالمكورات السحائية)، أو في الحالات التي قد يؤثر فيها الاستنبات واختبارات الحساسية للمضادات الحيوية في القرارات الخاصة بإدارة حالات الإصابة بالأمراض. (كما في حالة الزحار العصبوي). لذا، فأن من المهم اختيار مختبر مرجعي، إما على المستوى الإقليمي أو المستوى الدولي يمكن أن يساعد في إجراء اختبارات أكثر تعقيدا، كالتشخيص المصلي للحصبة والحمى الصفراء وحمى الضنك والحمى النزفية الفيروسية.

٥- ***الاختبارات السريعة ووسائل نقلها:*** ينبغي أن توَفر في الموقع مواد أخذ العينات (مثل مسحات المستقيم) ووسائل نقلها (مثل أوعية نقل عينات البراز وغيرها من أوعية نقل العينات فيما يتعلق بالكشف عن الكوليرا والزحار العصبوي، وجرثومة الايشرشيا كولي، والسلمونيلا) ومواد المحافظة على سلسلة التبريد أثناء النقل، أو ينبغي تسهيل الحصول عليها. وبالإضافة إلى ذلك، توجد الآن عدة اختبارات سريعة يمكن استعمالها لتأكيد تشخيص الأمراض المعدية في الميدان، بما فيها الملاريا والتهاب السحايا.



٦- ***التحقيق في تفشي الأمراض:*** هناك عشر خطوات رئيسية ينبغي اتباعها للتحقيق في تفشي الأمراض، هي:

١- إثبات تفشي المرض
٢- تأكيد التشخيص
٣- تعريف حالة الإصابة
٤- حساب الحالات
٥- إجراء وصف وبائي (الوقت، الشخص، المكان)
٦- تحديد الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض
٧- وضع فرضيات تفسر التعرض للمرض والمرض نفسه
٨- تقييم الفرضيات
٩- نشر الاستنتاجات
١٠- تطبيق تدابير مكافحة الأمراض.

ليس من الضروري تطبيق هذه الخطوات حسب الترتيب الوارد أعلاه. وينبغي تطبيق تدابير مكافحة الأمراض في أسرع وقت ممكن.

٧- ***تأكيد حالة تفشي مرض ما:*** ليس من السهل دائما البت فيما إذا كنا نواجه حالة تفشي مرض ما أم لا، حيث لا يوجد تعريف واضح لعتبات تفشي كل مرض من الأمراض الشائعة. غير أن هناك عتبات فيما يتعلق بالأمراض التي يرد ذكرها فيما يلي:

- الأمراض التي يمكن أن يشير تسجيل حالة إصابة واحدة بها إلى تفشي المرض، كالكوليرا والحصبة، والحمى الصفراء، والحمى النزفية الفيروسية.
- الأمراض التي ينبغي توقع تفشيها إذا تجاوزت حالات الإصابة بها أو الوفيات الناجمة عنها العدد المتوقع في موقع معين أو بلغت ضعف متوسط الأسابيع السابقة؛ الزحار العصبوي (داء الشيغيلات) – يعد تسجيل حالة واحدة فقط من حالات الإصابة بالزحار العصبوي في المناطق التي ليس المرض متوطنا فيها وفي مخيمات اللاجئين، مقلقا حيث يشير إلى إمكانية تفشيه.
- الملاريا: تختلف التعاريف باختلاف الظروف. غير أن زيادة عدد حالات الإصابة بالمرض على العدد المتوقع خلال فترة محددة من السنة بين مجموعة محددة من السكان في منطقة معينة، يمكن أن يشير إلى تفشي المرض. وفي حال عدم وجود بيانات تاريخية عن المرض، ينبغي أن تشمل علامات الإنذار زيادة ملحوظة في نسبة حالات الحمى التي ثبت أنها حالات ملاريا خلال الأسبوعين السابقين، وزيادة معدل الوفيات خلال الأسابيع السابقة.
- التهاب السحايا بالمكورات السحائية: يشير تسجيل ١٥ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ شخص في الأسبوع ضمن مجموعة سكانية تزيد على ٣٠ ٠٠٠ نسمة إلى تفشي المرض. ولكن، مع ارتفاع احتمال تفشي المرض (أي إذا لم تسجل حالة تفشي المرض خلال السنوات الثلاث السابقة وإذا كان التلقيح يغطي أقل من ٨٠ ٪ من السكان)، تنخفض هذه العتبة إلى ١٠ حالات لكل ١٠٠ ٠٠٠ شخص في الأسبوع. ويشير تسجيل خمس حالات إصابة خلال أسبوع واحد أو تضاعف حالات الإصابة خلال ثلاث أسابيع ضمن مجموعات سكانية تقل عن ٣٠ ٠٠٠ نسمة، إلى تفشي المرض بصورة أكيدة. كما أن تأكيد حالتي إصابة خلال أسبوع واحد في مخيم ما يشير إلى تفشي المرض.

- حمى الضنك – إن الزيادة في حالات الحمى خلال الأسبوعين السابقين تعكس ارتفاع مستويات الإيمونوغلوبولين IgG (استنادا إلى اختبار مزدوج لنموذجين متتاليين من المصل) لدى مريض يعاني من الحمى ومضى على إصابته من ٣ إلى ٥ أيام وسُجل لديه انخفاض في تعداد صفيحات الدم (أقل من ٢٠,٠٠٠).

٨- ***التصدي لتفشي الأمراض***: إن العناصر الرئيسية للتصدي لحالة تفشي أي مرض هي: اتخاذ تدابير للتنسيق وإدارة الحالات، والرقابة، والوبائيات، والمختبرات، وتدابير الوقاية المحددة مثل تحسين الإمداد بالماء والإصحاح حسب المرض، ونشر المعلومات فيما يتعلق بالمخاطر، وحشد المجتمع المحلي، والعلاقات مع وسائل الإعلام، وإدارة المعلومات، والنقل والإمداد، والأمن.

٩- ***تدابير مكافحة الأمراض***: يجب اتخاذ تدابير فعلية لوقف انتقال عدوى العامل المسبب لتفشي المرض. وكثيرا ما تساعد المعرفة المسبقة بالعامل المعني على اتخاذ التدابير المناسبة لمكافحة المرض في ظروف محددة. وتضم أنشطة مكافحة المرض في الأحوال العادية: مكافحة المرض في منشئه و/أو تفادي التعرض له (عن طريق تحسين مصدر الماء لتفادي الكوليرا مثلا)، ووضع حد لانتقال عدوى المرض و/أو منع العدوى (عن طريق حملات التلقيح الجماعية للوقاية من الحصبة، أو استعمال الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ذات الأثر المستمر مثلا)، وتغيير مقاومة المضيف (عن طريق التشخيص والعلاج المبكرين أو عن طريق الوقاية الكيميائية) (انظر معيار نظم الصحة رقم ٥ في الصفحة رقم ٢٩٠، ومعياري الإمداد بالماء ١ و٢ في الصفحات ٩٢-٩٥، ومعياري النهوض بالنظافة ١ و٢ في الصفحات ٨٦-٨٩، ومعايير مكافحة نواقل الأمراض أرقام ١-٣ في الصفحات ١٠٧-١١١).

١٠- ***معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض***: يختلف المعدل المقبول للوفيات الناجمة عن الإصابة بالأمراض باختلاف السياق العام وإمكانية الحصول على خدمات الصحة، وجودة إدارة الحالات وسرعتها. وبشكل عام، ينبغي أن نسعى إلى المحافظة على أدنى مستوى ممكن لمعدلات الوفيات الناجمة عن الإصابة بالأمراض. وإذا تجاوزت هذه المعدلات المستويات الدنيا المتوقعة، وجب إجراء تقييم فوري لتدابير مكافحة المرض واتخاذ إجراءات تصحيحية لضمان المحافظة على مستويات مقبولة لهذه المعدلات.



٢-٢- خدمات الصحة الأساسية – صحة الطفل

ترتفع معدلات الاعتلال والوفيات بين الأطفال بصفة خاصة خلال حالات الطوارئ. ويتطلب التصدي لحاجاتهم الصحية المحددة تنظيم عمليات للإغاثة تركز على حاجات الطفل. ويجب أن تضم العمليات الخاصة بصحة الطفل تلك العمليات التي تتصدى لأهم أسباب زيادة الاعتلال والوفيات، بما في ذلك الالتهابات التنفسية الحادة، والإسهال، والحصبة، وسوء التغذية والأسباب السابقة للولادة.

خدمات الصحة الأساسية – معيار صحة الطفل رقم ١ : تفادي الإِصابة بالأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتلقيح

ينبغي تحصين جميع الأطفال الذين يتراوح سنهم بين ٦ أشهر و١٥ سنة ضد الحصبة، وينبغي أن يحصلوا على الخدمات الدورية لبرنامج التحصين الموّسع ما أن يستقر الوضع.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تقدير عدد الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٩ أشهر و١٥ سنة الذين تلقوا لقاحا ضد الحصبة في مستهل عملية مواجهة الكارثة، لتحديد احتمالات تفشي المرض (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- مباشرة حملة تلقيح موسعة ضد الحصبة للأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و١٥ سنة،بما في ذلك إعطاء جرعات من فيتامين A للأطفال ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهرا، إذا كانت تغطية التلقيح تقل عن ٩٠ في المئة. (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ١ و٢).
- ضمان تلقى كل الرضع الذين تم تلقيحهم في سن يتراوح ما بين ٦ و٩ أشهر جرعة ثانية من لقاح الحصبة عند بلوغهم سن ٩ أشهر (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- الأخذ بنظام مستمر للتلقيح فيما يتعلق بالسكان المتنقلين أو النازحين لضمان تلقي ما لا يقل عن ٩٥ في المئة من الوافدين الجدد إلى مخيم أو مجتمع ما، الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦ أشهر و١٥ سنة لقاحا ضد الحصبة.
- العودة إلى تنفيذ برنامج التحصين الموسع حالما تسمح الظروف، لتلقيح الأطفال ضد الحصبة وغيرها من الأمراض المدرجة في الجدول الوطني التي يمكن الوقاية منها عن طريق التلقيح (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يكون قد تم تحقيق الآتي بانتهاء حملة التلقيح:

- أن يكون ما لا يقل عن ٩٥٪ من الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهرا قد تلقوا لقاح الحصبة

- أن يكون ما لا يقل عن ٩٥٪ من الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهرا قد تلقوا جرعة مناسبة من فيتامين A.

- وما أن تُستأنف خدمات برنامج التحصين الموّسع، ينبغي أن يكون ما لا يقل عن ٩٠ في المئة من الأطفال الذين يبلغ سنهم ١٢ شهرا قد تلقوا ثلاث جرعات من اللقاح الثلاثي (ضد الخناق والشهاق والكزار) الذي يمثل مؤشرا للأطفال الكاملي التحصين.

الملاحظات الإرشادية

١- ***تغطية التلقيح ضد الحصبة:*** ينبغي معرفة مدى تغطية السكان المنكوبين بالتلقيح ضد الحصبة عن طريق استعراض بيانات التغطية التحصينية. وينبغي، استنادا إلى هذا الاستعراض، البت في ما إذا كانت تغطية التحصين الدوري ضد الحصبة مساوية لنسبة ٩٠ في المئة المسجلة في السنوات الخمس الماضية، و/أو إذا كانت حملة التحصين التي أجريت خلال الأشهر الـ ١٢ الماضية قد بلغت ما يساوي ٩٠ في المئة من الأطفال ما بين سن ٩ أشهر و٥ سنوات. وإذا كانت تغطية التلقيح ضد الحصبة أقل من ٩٠ في المئة، أو كانت مجهولة أو تدور حولها شكوك، وجب تنفيذ الحملة على افتراض أن التغطية ليست مناسبة لتفادي احتمالات تفشي المرض.

٢- ***شرائح العمر التي يشملها التلقيح ضد الحصبة:*** قد يحدث أحيانا أن يفلت بعض أكبر الأطفال سنا من الحملات السابقة للتلقيح ضد الحصبة ومن مرض الحصبة نفسه. وبالتالي، يظل هؤلاء الأطفال عرضة للإصابة بالمرض، ويمكن أن يتحولوا بالتالي إلى مصدر عدوى للرضع وصغار الأطفال الذين يمكن أن يرتفع خطر موتهم من جراء المرض. وهذا هو سبب التوصية بتلقيح كل الأطفال حتى عمر ١٥ سنة. غير أنه قد يتعذر تلقيح كل الأطفال الذين يتراوح عمرهم ما بين ٦ أشهر و١٥ سنة في حالات الافتقار إلى الموارد. وفي مثل هذه الحالات، ينبغي إعطاء الأولوية للأطفال الذين يتراوح عمرهم ما بين ٦ أشهر و٥٩ شهرا. وينبغي تحصين كافة الأطفال ضمن فئة الأعمار المستهدفة ضد الحصبة بصرف النظر عن حالة تحصينهم السابقة.

٣- ***تكرار تلقيح الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين ٦ و٩ أشهر ضد الحصبة***: ينبغي أن يحصل جميع الأطفال ما بين ٦ و٩ أشهر الذين تلقوا لقاح الحصبة، على جرعة إضافية من اللقاح حالما يبلغون سن ٩ أشهر، على أن يفصل شهر واحد على الأقل بين تناول الجرعتين.

٤- ***استئناف البرنامج الوطني للتحصين الموسع***: إلى جانب تحضير حملة التلقيح العام ضد الحصبة، ينبغي التخطيط لاستئناف برنامج التحصين الموسع بالتنسيق مع السلطات الوطنية. فمن شأن استئناف برنامج التحصين الموسع على وجه السرعة أن يحمي الأطفال مباشرة ضد أمراض كالحصبة والخناق والشهاق، وينطوي على قيمة إضافية تتمثل في تقليل احتمال الإصابة بأمراض تنفسية.



خدمات الصحة الأساسية – معيار صحة الطفل رقم ٢ : إدارة أمراض الرُضّع وصغار الأطفال

ينبغي أن يحصل الأطفال،من باب الأولوية، على خدمات الصحة المخططة للتصدي لأهم أسباب اعتلال الرضع وصغار الأطفال وموتهم.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- صياغة رسائل للتوعية الصحية تشجع السكان المنكوبين على التماس الرعاية بسرعة في حال إصابة الرضيع بأي مرض (الحمى، السعال، الإسهال، الخ). وعند صياغة رسائل التوعية الصحية، ينبغي التفكير في الأطفال المحرومين من رعاية شخص بالغ (انظر معيار نظم الصحة رقم ١، والملاحظة الإرشادية ٣ في الصفحة رقم ٢٨٣).
- توفير الرعاية الأساسية لكل وليد وفقا للمبادئ التوجيهية الخاصة بالإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة حيثما أمكن (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- توفير الرعاية الصحية للأطفال في المرافق الصحية الأولية وتطبيق القواعد المعمول بها في البلد أو المبادئ التوجيهية الخاصة بالإدارة المتكاملة للحمل والولادة ورعاية الأطفال المعتلين في المستشفى (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- وضع نظام موحد لتقدير حالة الطوارئ، وفرز المرضى في كل المرافق الصحية التي توفر الرعاية للأطفال المرضى لضمان حصول الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض مفاجئة على علاج فوري (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ضمان فحص الأطفال الذين يلتمسون خدمات صحية للكشف عن حالتهم التغذوية وإحالتهم إلى خدمات التغذية (انظر معايير إدارة سوء التغذية الحاد ونقص المغذيات الدقيقة أرقام ١-٣ في الصفحات ١٥٨-١٦٦).
- وضع قواعد مناسبة لإدارة حالات الخناق والشهاق ومعالجتها عند ارتفاع احتمال تفشي هذين المرضين (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).
- توفير الأدوية الأساسية لمعالجة أمراض الطفولة الشائعة بالجرعات والتركيبات المناسبة.

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن يكون جميع الأطفال دون سن خمس سنوات ممن أصيبوا بالملاريا قد تلقوا علاجا فعليا ضد الملاريا في غضون ٢٤ ساعة من بدء أعراض المرض (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٢ في الصفحة ٢٩٩).
- ينبغي أن يكون جميع الأطفال دون سن خمس سنوات المصابين بالإسهال قد تلقوا أملاح الإرواء عن طريق الفم والزنك في صورة مكّمل غذائي (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).

- ينبغي أن يكون جميع الأطفال دون سن خمس سنوات المصابين بالتهاب رئوي قد تلقوا المضادات الحيوية المناسبة (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).

الملاحظات الإرشادية

١- ***رعاية الوليد:*** يستحسن أن يتلقى كل وليد رعاية موظفين مؤهلين عند ولادتهم (ويفضل أن يتم ذلك في مرفق صحي) وأن يُحمى من البرد وأن يُرضع مباشرة رضاعة طبيعية فقط. وينبغي فحص كل وليد للكشف عن أي مشكلة محتملة، وعلى الأخص عن مشكلات تتعلق بإطعامه. كما ينبغي فحص كل وليد لتشخيص احتمالات التسمم الدموي أو الالتهابات الموضعية.

٢- ***الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة:*** الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة عبارة عن نهج متكامل لتناول أمراض الطفولة يركز على توفير الرعاية الصحية الأولية للأطفال دون سن خمس سنوات. وإذا كانت الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة مطبقة بالفعل في بلد ما، وتم تكييف المبادئ التوجيهية السريرية فيه، فمن المستحسن دمجها في قواعد العلاج الموحدة، وتدريب مهنيي الصحة تدريبا مناسبا.

٣- ***فرز المرضى:*** يمكن تعزيز الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة والمبادئ التوجيهية المتعلقة بالرعاية التخصصية، باستعمالها إلى جانب الفرز السريع للمرضى وعلاجهم. والفرز هو تصنيف المرضى في مجموعات ذات أولوية وفقا لحاجتهم الطبية والموارد المتاحة وفرص نجاتهم. وينبغي تدريب العاملين السريريين المعنيين برعاية الأطفال المعتلين على استعمال المبادئ التوجيهية لفرز المرضى وتقدير حالتهم وعلاجهم في حالات الطوارئ، لإجراء تقديرات سريعة.

٤- ***إدارة حالات الإسهال:*** ينبغي معالجة الأطفال المصابين بالإسهال بأملاح الإرواء عن طريق الفم المنخفضة التركيز ومنحهم جرعة مكملة من الزنك. فأملاح الإرواء المنخفضة التركيز تقلل مدة حالة الإسهال ومن ثم الاضطرار إلى حقن السوائل عبر الوريد.

٥- ***إدارة حالات الإصابة بالالتهاب الرئوي:*** ينبغي فحص الأطفال الذي يسعلون للكشف عن سرعة و/أو ضيق في التنفس وتقعّر الجزء السفلي من الصدر. وينبغي أن يتلقى الأطفال الذين يعانون من سرعة و/أو ضيق في التنفس مضادات حيوية فموية مناسبة، وإحالة الذين يعانون من تقعّر الجزء السفلي من الصدر إلى المستشفى.

٦- ***تفشي الشهاق أو الخناق:*** يشيع تفشي الشهاق في ظروف نزوح السكان. وعادة ما يجري تفادي تنظيم حملة تلقيح بعد تفشي الشهاق بسبب القلق الذي تثيره الآثار السلبية التي قد تسجل لدى متلقي اللقاح الثلاثي الكامل الخلايا. غير أنه يمكن التذرع بتفشي المرض للتصدي للثغرات الدورية في التلقيح. وتدار حالات الإصابة بتوفير علاج بالمضادات الحيوية، والعلاج الوقائي المبكر لأفراد الأسر التي تضم رضيعا أو امرأة حامل. إن تفشي مرض الخناق أقل شيوعا، ولكنه يشكل خطرا على السكان ذوي المناعة المنخفضة ضد الخناق في الأوساط المكتظة. وقد أجريت حملات التلقيح الجماعي باستعمال ثلاث جرعات منفصلة من اللقاح في المخيمات استجابة لتفشي الخناق. وتشمل إدارة الحالات وصف مضادات السموم والمضادات الحيوية على السواء.



٢-٣- خدمات الصحة الأساسية – الصحة الجنسية والإنجابية

لكافة الأفراد، بمن فيهم أولئك الذين يعيشون في المناطق المتضررة من الكوارث، الحق في الصحة الإنجابية. ولممارسة هذا الحق، يجب أن يحصل السكان المنكوبون على معلومات شاملة عن الصحة الإنجابية وخدماتها لكي يختاروا بكل حرية وعن إطلاع. وينبغي أن تقوم خدمات الصحة الإنجابية على حاجات السكان المنكوبين. وينبغي أن تحترم المعتقدات الدينية والقيم العرقية والخلقية والثقافية للمجتمع المحلي، وأن تلتزم في الوقت نفسه بمعايير حقوق الإنسان المعترف بها دوليا.

خدمات الصحة الأساسية – معيار الصحة الجنسية والإنجابية رقم ١ : الصحة الإنجابية

ينبغي أن يحصل الناس على خدمات الصحة الإنجابية ذات الأولوية في إطار مجموعة الخدمات الأولية الدنيا في بداية حالة الطوارئ، وعلى خدمات الصحة الإنجابية الشاملة عند استقرار الوضع.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- اختيار المنظمة المنسّقة في مجال الصحة الإنجابية ضمن مجموعة الصحة لتيسير عملية تنسيق وتطبيق الخدمات الأولية الدنيا، وضمان توظيف مسؤول عن الصحة الإنجابية (تعينه الوكالة المنسّقة في مجال الصحة الإنجابية) يعمل ضمن قطاع أو مجموعة الصحة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- تطبيق تدابير ترمي إلى تقليل خطر العنف الجنسي بالتنسيق مع القطاعات أو مجموعات العمل المناسبة الأخرى (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- ضمان توفير خدمات سريرية لضحايا العنف الجنسي، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي والمساعدة القانونية (انظر الملاحظة الإرشادية ٣ ومبدأ الحماية رقم ٢، والملاحظة الإرشادية ٧ في الصفحة رقم ٣٥).
- ينبغي توفير الحد الأدنى من خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والعلاج والرعاية والدعم للحد من عدواه (انظر خدمات الصحة الأساسية – معيار الصحة الجنسية والإنجابية رقم ٢ في الصفحة ٣١٣).
- ضمان توفير الخدمات الأساسية العاجلة للتوليد ورعاية الوليد، بما في ذلك:
  - في مراكز الصحة – قابلات ماهرات وعُدة الولادة الطبيعية، والإدارة الأساسية العاجلة للتوليد والمضاعفات التي يعاني منها الوليد، والخدمات الأساسية العاجلة للتوليد ورعاية الوليد
  - في مستشفيات الإحالة – عاملون طبيون مؤهلون ولوازم للإدارة الشاملة للولادة والمضاعفات التي يعاني منها الوليد؛ والخدمات الأساسية العاجلة للتوليد ورعاية الوليد
  - وضع نظام للاتصال والنقل لإدارة حالات الولادة الطارئة ورعاية الوليد يعمل على مدار الساعة وسبعة أيام في الأسبوع، يربط بين المجتمع المحلي والمركز الصحي وبين المركز الصحي والمستشفى التخصصي. (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

- توفير عُدة التوليد النظيفة للنساء الحوامل والقابلات من أجل التوليد في المنزل الذي يلتزم بقواعد النظافة، عندما يتعذر الاستعانة بعامل صحي ماهر والوصول إلى المرفق رقم الصحي بسرعة (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- إبلاغ السكان بفوائد الخدمات السريرية وتوفرها للناجين من العنف الجنسي، بالإضافة إلى نظام الإحالة لمعالجة مضاعفات الحمل والولادة (انظر الملاحظتين الإرشاديتين ٣ و٤).
- ضمان توفير وسائل منع الحمل التقليدية لتلبية الطلب (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- وضع خطط لتنفيذ مجموعة واسعة من خدمات الصحة الإنجابية المدمجة في الرعاية الصحية الأولية في أقرب وقت ممكن (انظر الملاحظة الإرشادية ١).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تضم المرافق الصحية عددا كافيا من العاملين ومن الإمدادات والمعدات للرعاية السريرية لضحايا الاغتصاب، عملا بقواعد العلاج الوطنية أو قواعد منظمة الصحة العالمية.
- ينبغي أن تحصل جميع النساء الحوامل في الفصل الأخير من حملهن على لوازم الوضع النظيفة.
- ينبغي توفير ما لا يقل عن أربعة مرافق صحية والخدمات الأساسية العاجلة للتوليد ورعاية الوليد لكل ٥٠٠,٠٠٠ نسمة.
- ينبغي توفير مرفق صحي واحد على الأقل يضم الخدمات الشاملة العاجلة للتوليد ورعاية الوليد لكل ٥٠٠,٠٠٠ نسمة.
- ينبغي ألا تقل نسبة الولادات بعملية قيصرية عن ٥ في المئة، أو أن تزيد على ١٥ في المئة (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

الملاحظات الإرشادية

١- ***مجموعة الخدمات الأولية الدنيا:*** هي الخدمات التي تمثل أهمية قصوى في مجـال الوقاية من المرض والوفيات في مجـال الصحة الإنجابية بين النساء والرجال والمراهقين في حالات الكوارث. وتضم مجموعة من خدمات الصحة الإنجابية المنسقة ذات الأولوية التي يتعين تنفيذها في وقت واحد للوقاية من آثار العنف الجنسي وتدبيرها، والحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، وتفادي الارتفاع المفرط في نسبة وفيات واعتلال الأم والوليد. ويُعد التخطيط لدمج أنشطة الصحة الإنجابية الشاملة ذات الجودة المناسبة في الرعاية الصحية الأولية في بداية حالة الطوارئ، أساسيا لضمان استمرار الرعاية. وتضم الرعاية الشاملة في مجـال الصحة الإنجابية تعزيز الخدمات القائمة وتعويض النقص في الخدمات وتحسين نوعية الخدمات.

٢- ***عُدة الصحة الإنجابية:*** ينبغي طلب لوازم الخدمات الأولية الدنيا وتوزيعها وخزنها لتفادي التأخير في توفير هذه المواد الأساسية للسكان. وتضم *عُدة اللوازم الصحية لحالات الطوارئ المشتركة بين الوكالات* لعام ٢٠٠٦ كمية محدودة من أدوية العلاج الوقائي للمرضى بعد التعرض للفيروسات، وسلفات المغنيزيوم والأدوات والأدوية للقابلات، ولا تشمل كل اللوازم المطلوبة لمجموعة الخدمات



الأولية الدنيا. وتضم عُدة الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات التي وضعها فريق العمل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في الأزمات، أدوية ولوازم تكفي لمدة ثلاثة أشهر.

٣- ***العنف الجنسي***: يجب أن يكون كافة العاملين في مجال الاستجابة للكوارث على وعي بخطر العنف الجنسي، بما في ذلك الاستغلال والاعتداء الجنسيين على يد العاملين الإنسانيين، ويجب أن يسعوا إلى منعه ومواجهته. ويتعين جمع معلومات متكاملة بصورة آمنة وأخلاقية عن حالات الاعتداء التي أفيد بوقوعها ومشاطرتها لكي تستند إليها جهود الوقاية والمواجهة. ويجب متابعة حالات العنف الجنسي، واتخاذ تدابير لمساعدة ضحاياه في كل المرافق الصحية الأولية، وتعيين عاملين ماهرين للاضطلاع بالعناية السريرية التي تتضمن توفير وسائل عاجلة لمنع الحمل، والعلاج الوقائي بعد التعرض للفيروسات للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، والعلاج الافتراضي للأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، وعلاج الجروح والوقاية من الكزاز والتهاب الكبد باء. إن استعمال وسائل منع الحمل الطارئة هو مسألة خيار شخصي يرجع إلى النساء أنفسهن. ويجب أن تقدم للنساء مشورة غير متحيزة لكي يتوصلن إلى قرارهن عن علم. وينبغي دعم الأشخاص الذين تعرضوا للعنف الجنسي ودفعهم إلى التماس الرعاية وإحالتهم إلى العناية السريرية، وينبغي أن يحصلوا على دعم في مجالي الصحة العقلية والنفسية.

وينبغي أن يقدم موظفو الحماية لهؤلاء الأشخاص، نزولا عند طلبهم، الحماية والدعم القانوني. ويجب أن تُجرى لهم كل الفحوص ويقدم العلاج بعد الحصول على موافقة الضحايا المطّلعة. ويعتبر الكتمان أمرا أساسيا في كل المراحل (انظر معيار نظم الصحة رقم ٥، والملاحظة الإرشادية ٤ في الصفحة رقم ٢٩٢، ومبدأ الحماية رقم ١، والملاحظات الإرشادية ٧-١٢ في الصفحتين ٣٢ و٣٣).

٤- ***خدمات التوليد ورعاية الوليد العاجلة:*** تُقدر نسبة النساء الحوامل ضمن السكان المنكوبين بنحو ٤ في المئة. ويرجح أن تعاني ١٥٪ منهن من مضاعفات مفاجئة في أثناء الحمل أو عند الوضع تتطلب رعاية عاجلة عند الولادة، وأن تحتاج ٥ إلى ١٥ ٪ منهن إلى نوع من أنواع الجراحة بما في ذلك الولادة القيصرية. وللوقاية من اعتلال ووفاة الأم والوليد نتيجة للمضاعفات، ينبغي أن تحضر قابلات ماهرات الولادة في كل مرافق الرعاية الصحية الأولية التي ينبغي أن توفر أيضا خدمات التوليد الأساسية العاجلة ورعاية وإنعاش الوليد. وتشمل وظائف الرعاية الأساسية العاجلة للتوليد ورعاية الوليد.حقن المضادات الحيوية، وحقن عقاقير بعث تقلصات الرحم (أوكسيتوسين)، وحقن العقاقير المانعة للاختلاج (سلفات المغنيزيوم) وإزالة أنسجة الولادة المتبقية في الرحم يدويا باستعمال الأساليب المناسبة، وإزالة المشيمة يدويا، والولادة المهبلية المدعومة (الولادة باستعمال الجهاز الشافط)، وإنعاش الأم والوليد. وتشمل وظائف الرعاية الشاملة العاجلة للتوليد كل العمليات التي تضمها الرعاية الأساسية العاجلة للتوليد بالإضافة إلى الجراحة في ظل التخدير الكامل (الولادة بعملية قيصرية، وشق البطن)، ونقل الدم بصورة سليمة ورشيدة.

وينبغي أن يضمن نظام الإحالة تحويل الأم والوليد إلى العناية التخصصية وحصولهما على وسائل التنقل إلى ومن مرفق الرعاية الصحية الأولية الذي يوفر الخدمات الصحية الأساسية العاجلة للتوليد ورعاية الوليد، وإلى مستشفى يضم الخدمات الصحية الشاملة العاجلة للتوليد ورعاية الوليد.

خدمات الصحة الأساسية – معيار الصحة الجنسية والإنجابية رقم ٢ : فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

ينبغي أن يحصل الناس على الحد الأدنى من خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والعلاج والرعاية والدعم في أثناء الكوارث.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- اتخاذ تدابير احتياطية نموذجية وإجراءات سليمة للتخلص من النفايات في كل مرافق الرعاية الصحية (انظر الملاحظة الإرشادية ٢، ومعيار نظم الصحة رقم ١، والملاحظتين الإرشاديتين ١٠ و١١ في الصفحتين ٢٨٤ و٢٨٥).
- إنشاء نظام لتوفير الدم السليم ولاستعمال الدم ونقله بصورة رشيدة (انظر الملاحظة الإرشادية ٢، ومعيار نظم الصحة رقم ١ والملاحظة الإرشادية ٥ في الصفحة رقم ٢٨٣).
- توفير واقيات ذكرية ونسائية ذات جودة مناسبة مجانا، ومعلومات عن استعمالها بشكل صحيح.
- ضمان توفير المرافق الصحية رعاية سريرية لكافة المرضى الذين يحملون أعراض مرض ينتقل عن طريق الجنس.
- ضمان توفير خدمات العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروسات في غضون ٧٢ ساعة من التعرض المحتمل لفيروس نقص المناعة البشرية (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- توفير معلومات يسهل فهمها وتوعية الجمهور عموما والفئات الشديدة التعرض للخطر (مثل محترفي الجنس) بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.
- ضمان الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل عن طريق ضمان حصولهن على موانع الحمل وولادتهن في وسط نظيف وسليم (بما في ذلك خدمات التوليد العاجلة) وتوفير عقاقير مكافحة الفيروسات الارتجاعية (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- توفير العلاج والرعاية والدعم لمن ولِدوا من أمهات يحملن فيروس نقص المناعة البشرية، بالإضافة إلى المشورة والنصائح بشأن تغذية الرضع (انظر معيار تغذية الرضع وصغار الأطفال رقم ٢ في الصفحة رقم ١٥٣).
- ضمان حصول الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية على الرعاية الصحية، بما في ذلك علاج الوقاية من الالتهابات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية بالتريموكزازول.
- ضمان مواصلة حصول الأشخاص الذين كانوا يتلقون عقاقير مكافحة الفيروسات الارتجاعية، على هذا العلاج (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- إقامة روابط بين برامج فيروس نقص المناعة البشرية والسل الرئوي حيثما وجدت.



- ضمان استفادة الأشخاص الذي يرتفع احتمال تعرضهم لفيروس نقص المناعة البشرية، من حملات الوقاية من انتقال الفيروس جنسيا، وتوزيع أدوات الحقن النظيفة على متعاطي المخدرات عن طريق الحقن حيثما كانت مثل هذه الخدمات موجودة.
- وضع خطط لتوسيع نطاق خدمات مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية في المرحلة التالية للكارثة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي استهداف أكثر الأشخاص عرضة لفيروس نقص المناعة البشرية في برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.
- ينبغي أن تحصل النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية على عقاقير مكافحة الفيروسات الارتجاعية للوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.
- ينبغي فحص كل الدم المنقول للكشف عن الأمراض التي تنتقل عن طريق نقل الدم، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية.
- ينبغي أن يحصل الأفراد الذين يحتمل أن يتعرضوا لفيروس نقص المناعة البشرية (تعرض المهنيين وغير المهنيين للفيروس في مرافق الرعاية الصحية) على العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس في غضون ٧٢ ساعة من الحدث.
- ينبغي أن تزود كل المرافق الصحية بمستحضرات مكافحة الميكروبات لتوفير رعاية تستند إلى الأعراض لكافة المرضى الذين تشخص لديهم أعراض الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس.

الملاحظات الإرشادية

١- ***مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية***: تضم المجموعة الدنيا من وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية العلاج والرعاية والدعم التي ورد وصفها في التدابير الأساسية المتعلقة بهذا المعيار، والتدابير التي يجب أن يتخذها قطاع الصحة للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، وتوفير الرعاية والدعم للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وينبغي تطبيقها خلال المراحل الأولى من الاستجابة للكارثة.

٢- ***الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية في أوساط الرعاية الصحية***: تمثل الوقاية من انتقال فيروس نقل المناعة البشرية في مرافق الرعاية الصحية (مثل المستشفيات وعيادات الرعاية الصحية وحملات التلقيح) أولوية في أثناء المراحل الأولى من الاستجابة للكارثة. وتضمن العمليات الأساسية تطبيق الاحتياطات النموذجية، وترسيخ ممارسات سليمة ورشيدة في مجـال نقل الدم، والتخلص الآمن من نفايات الرعاية الصحية (انظر معيار نظم الصحة رقم ١، والملاحظات الإرشادية ٥ و١٠ و١١ في الصفحات ٢٨٣-٢٨٥).

٣- ***العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس***: يشمل هذا العلاج الذي يرمي إلى الوقاية من الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية: تقديم المشورة، وتقدير خطر التعرض للفيروس، والموافقة المطلّعة،

وتقدير المصدر، وتوفير عقاقير مكافحة الفيروسات الارتجاعية. إلا أن العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس لا ينبغي أن يوفَر لشخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية. ولا ينبغي أن تكون المشورة والاختبار خياريا في أي حال من الأحوال، كما لا ينبغي التأخر في توفير هذا العلاج بانتظار نتائج الاختبار.

٤- ***عقاقير مكافحة الفيروسات الارتجاعية:*** إن توفير عقاقير مكافحة الفيروسات الارتجاعية للوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، والعلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس والعلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية في حالات الكوارث، أمر قابل للتحقيق. ويجب أن تعتبر مواصلة وتوفير العلاج للأشخاص الذين كانوا يتلقون العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية قبل الكارثة أولوية خلال الاستجابة للكارثة. وينبغي أن تواصل النساء اللاتي يتلقين العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية بالفعل تناول عقاقير مكافحة الفيروسات الارتجاعية دون انقطاع. كما ينبغي أن تتلقى النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية عقاقير مكافحة الفيروسات الارتجاعية للوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل وفقا للقواعد المطبقة قطريا حيثما أمكن[١].



ملاحظة

لا تَروج منظمة كاريتاس الدولية وأعضاؤها استعمال أي شكل من أشكال موانع الحمل الصناعية أو توزيعها.

٢-٤- خدمات الصحة الأساسية – الإصابات

عادة ما تمثل الإصابات السبب الرئيسي لارتفاع نسبة الوفيات والاعتلال في أعقاب الكوارث الطبيعية المفاجئة والحادة كالزلازل. وتسبب العديد من الكوارث الطبيعة المفاجئة والحادة إصابات واسعة النطاق بين السكان، مما يؤدي إلى زيادة في عدد المرضى إلى حد يتعذر معه التصدي للوضع بالموارد المتاحة محليا وباستعمال الإجراءات التقليدية فقط. وترتبط الإصابات الناجمة عن العنف البدني أيضا بحالات الطوارئ المعقدة. ففي أثناء النزاعات مثلا، تُسجل معظم الوفيات الناجمة عن الإصابات في مناطق غير آمنة بعيدا عن المرافق الصحية، ولا يمكن تفاديها عادة عن طريق الرعاية الصحية. لذا يلزم تنظيم أنشطة ترمي إلى حماية السكان المدنيين لتفادي هذه الوفيات (انظر مبدأ الحماية رقم ٣ والملاحظات الإرشادية ١-٥ في الصفحة رقم ٣٦).

خدمات الصحة الأساسية – معيار الإصابات رقم ١ : معالجة الإصابات

ينبغي أن يحصل الناس على رعاية فعالة في مجال معالجة الإصابات في أثناء الكوارث للوقاية من الأمراض والوفيات وأشكال العجز التي يمكن تفاديها.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ضمان إلمام العاملين الصحيين المحليين والمسؤولين عن تنسيق الاستجابة في قطاع الصحة، بطريقة إدارة أعداد كبيرة من المصابين (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- في الحالات التي يرتفع فيها عدد الجرحى، ينبغي وضع نظام لفرزهم يضم توجيهات واضحة لتقدير حالتهم وإنعاشهم وإحالتهم إلى الخدمات التخصصية (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ضمان إلمام كافة العاملين الصحيين بالمبادئ والمهارات الأساسية اللازمة لتوفير الإسعافات الأولية والإنعاش الأساسي (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ضمان إلمام العاملين الصحيين المحليين بالمبادئ الجوهرية الخاصة بإدارة الإصابات (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- توفير لقاح الكزاز (التيتانوس) الذي يضم التوكسويد للمصابين بجراح ملوثة وللذين يشاركون في عمليات الإنقاذ أو التنظيف (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).
- وضع قواعد موحدة لإحالة الجرحى إلى الخدمات التخصصية لكي يحصلوا على رعاية متطورة، بما في ذلك الجراحة والرعاية ما بعد الجراحة (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- ضمان اقتصار توفير خدمات معالجة الإصابات والجراحة وخدمات إعادة التأهيل ما بعد الإصابة والجراحة على الوكالات الإنسانية ذات الخبرة والموارد الملائمة في هذه المجالات (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).
- ضمان توفير أدوات الإعانة ومعينات الحركة (كالكراسي المتحركة والعكازات) للجرحى وذوي الإعاقة حالما تسمح الظروف بذلك، وإمكانية تصليح هذه المعينات محليا (انظر الملاحظة الإرشادية ٦).

المؤشر الأساسي (يستحسن قراءته مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تضم المرافق الصحية عاملين مدربين ونُظما لإدارة الإصابات المتعددة.

الملاحظات الإرشادية

١- ***الفرز:*** هو عملية تصنيف المرضى في فئات وفقا لخطورة جراحهم أو مرضهم، وترتيب أولويات العلاج تبعاً لتوفر الموارد ولفرص نجاة المريض. وفي حالات ارتفاع عدد الإصابات، يمكن أن يتلقى الأشخاص المصابون بجراح خطيرة تهدد حياتهم أولوية أدنى من أولئك المصابين بجراح تتيح لهم فرص أكبر في البقاء على قيد الحياة. ولا يوجد في الواقع نظام موحد لفرز الجرحى، بل هناك عدد من النُظُم المتبعة في كل أنحاء العالم. وتستعمل أكثر الأنظمة شيوعا، طريقة الألوان الأربعة: اللون الأحمر يشير إلى الأولوية القصوى، واللون الأصفر يشير إلى أولوية معتدلة، واللون الأخضر يشير إلى المرضى الخارجيين، ويشير اللون الأسود إلى الوفاة.

٢- ***الإسعافات الأولية والرعاية الطبية الأساسية:*** تشمل الإجراءات الحيوية استعادة وظيفة التنفس والمحافظة عليها، الأمر الذي قد يستلزم إخلاء قنوات التنفس مما يعرقلها وحمايتها، ووقف النزيف، وحقن السوائل عبر الوريد عند اللزوم. ويمكن أن تساعد هذه الإجراءات على استقرار حالة الأشخاص المصابين بجراح تهدد حياتهم قبل إحالتهم إلى مركز تخصصي، كما يمكن أن تؤثر بشكل ملموس في فرص بقاء المريض على قيد الحياة حتى بالنسبة إلى المصابين بجراح خطيرة. وهناك إجراءات غير جراحية مهمة أخرى لا تقل أهمية عن الأولى كتنظيف الجراح وتضميدها، ومنح المضادات الحيوية، والوقاية من الكزاز.

٣- ***تضميد الجراح:*** في معظم حالات الطوارئ، يلتمس العديد من المرضى الرعاية بعد مرور أكثر من ست ساعات على إصابتهم. وتجدر الإشارة إلى أن التأخر في التماس الرعاية يزيد بشكل ملحوظ من خطر التهاب الجراح والوفاة التي يمكن تفاديها. لذا فأن من المهم أن يكون العاملون المحليون في مجـال الرعاية الصحية ملمين بمبادئ وقواعد العلاج المناسبة للوقاية من التهاب الجراح وتدبيرها. ويشمل ذلك سد الجرح وتنظيفه وإزالة المواد الغريبة والأنسجة الميتة منه.

٤- ***الكزاز:*** في حالات الكوارث الطبيعية المفاجئة التي تُسجل فيها عادة أعداد كبيرة من الجرحى والإصابات، يمكن أن تكون احتمالات الإصابة بالكزاز مرتفعة نسبيا. وبينما لا يُنصح بتنظيم تلقيح عام ضد الكزاز، يستحسن تلقيح الذين يعانون من جراح ملوثة والمشاركين في عمليات الإنقاذ والتنظيف التي يمكن أن تعرضهم للخطر، بلقاح الكزاز الذي يضم مادة التوكسويد (لقاح الخناق والكزاز أو اللقاح الثلاثي حسب العمر والتلقيحات السابقة). ويجب أن يتلقى الأفراد ذوو الجراح الملوثة والذين لم يجر تلقيحهم سابقا ضد الكزاز، جرعة من اللقاح الثلاثي إن كان متاحا.

٥- ***الإصابات والجراحة:*** إن العناية الجراحية وجراحة الحرب يسهمان في إنقاذ حياة الجرحى وتفادي إصابتهم بعجز دائم ويستلزمان تدريبا محددا وموارد لا تملكها سوى وكالات إنسانية معدودة. والواقع أن من شأن قصور الجراحة أن يلحق أضرارا أكبر من الامتناع عن إجراء أي عملية جراحية. كما أن إجراء عمليات جراحية دون إعادة تأهيل المصابين بعد ذلك فورا يمكن أن يؤدي إلى فشل كامل في استعادة القدرات الوظيفية للمريض. لذا، ينبغي أن تضطلع الوكالات الإنسانية والمهنيون



ذوو الخبرة المناسبة وحدهم بتقديم مثل هذه الخدمات التي تنقذ حياة الناس وتحول دون إصابتهم بعجز.

٦- ***تأهيل المصابين بعد الجراحة:*** يمكن أن يسهم الإسراع في إعادة التأهيل إسهاما ملحوظا في زيادة فرص النجاة وفي تحسين نوعية حياة الناجين المصابين بجراح. ويحتاج المرضى الذين تلزمهم أدوات معينة (كالأطراف الاصطناعية ومعينات الحركة) إلى إعادة تأهيل بدني أيضا. ومن شأن إقامة شراكات مع برامج إعادة التأهيل المجتمعية، حيثما وجدت، أن يحّسن رعاية الناجين الجرحى وإعادة تأهيلهم بعد الجراحة.

٢-٥- خدمات الصحة الأساسية – الصحة العقلية

إن مشكلات الصحة العقلية والنفسية ملازمة لكل ظروف المعاناة الإنسانية. ويمكن أن يزيد الرعب والخسائر والحيرة وغيرها من عوامل الإجهاد المرتبطة بالكوارث من خطر تعرض الناس لمختلف المشكلات العقلية والنفسية والاجتماعية والسلوكية. ويضم دعم الصحة العقلية والنفسية دعما متعدد القطاعات (انظر شكل «هرم الاستجابة» في الصفحة المقابلة). ويتعين تنسيق كل أنواع الدعم هذه عن طريق تكوين فرق عمل مشتركة بين القطاعات مثلا. ويركز معيار الصحة العقلية أدناه على عمل الجهات الصحية. ويستحسن أن يرجع القارئ أيضا إلى المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم٥١ ومبدأ الحماية رقم ٣ في الصفحة رقم ٣٥.

خدمات الصحة الأساسية – معيار الصحة العقلية رقم ١ : الصحة العقلية

ينبغي أن يحصل الناس على خدمات الصحة التي تقيهم من مشكلات الصحة العقلية وما تجره من اختلال في سلوكهم وتقللها.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءتها مع الملاحظات الإرشادية)

- ضمان تنظيم عمليات الاستجابة على أساس تحديد الحاجات والموارد.
- تمكين أفراد المجتمع المحلي، بمن فيهم الأشخاص المهمشين، من تعزيز قدرة المجتمعات على مساعدة ودعم نفسها (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- التأكد من أن يقدم العاملون المجتمعيون، بمن فيهم المتطوعون والموظفون في خدمات الصحة، المساعدة النفسية الأولية للأشخاص الذين يعانون من أسى شديد على أثر تعرضهم لتوتر هائل (انظر الملاحظة الإرشادية ٢).
- ضمان وجود موظف واحد على الأقل في كل مرفق صحي للاضطلاع بإدارة مختلف مشكلات الصحة العقلية الخطيرة لدى البالغين والأطفال (انظر الملاحظة الإرشادية ٣).
- التصدي للمسائل المتعلقة بسلامة الأشخاص الذين يعانون من مشكلات الصحة العقلية في المؤسسات المتخصصة، وحاجاتهم وحقوقهم الأساسية (انظر الملاحظة الإرشادية ٤).

- الحد من الأضرار الناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات إلى أدنى حد ممكن.
- مباشرة التخطيط لوضع نظام مستدام للصحة العقلية في المجتمعات المحلية في إطار الانتعاش المبكر (انظر الملاحظة الإرشادية ٥).

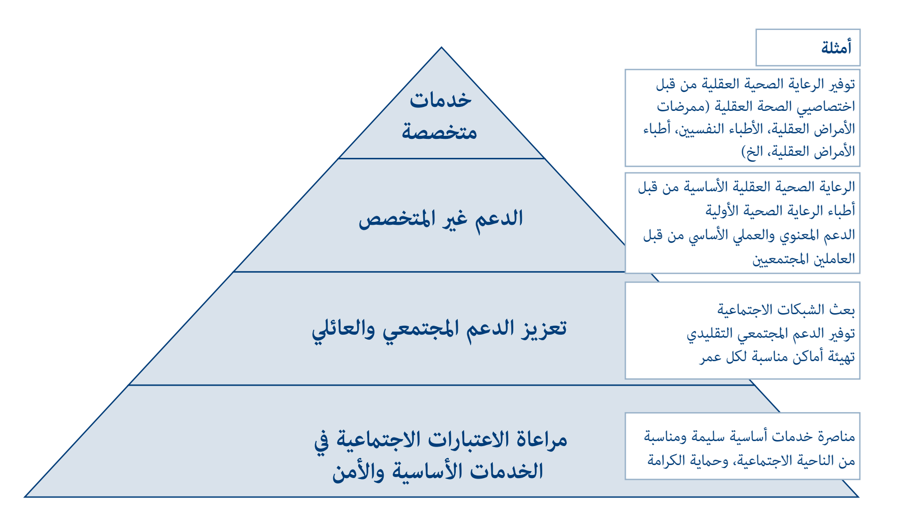
المؤشر الأساسي (يستحسن قراءته مع الملاحظات الإرشادية)

- ينبغي أن تضم كل المرافق الصحية موظفين مدربين ونظما لإدارة مشكلات الصحة العقلية.

الملاحظات الإرشادية

١- ***المساعدة المجتمعية الذاتية والدعم الاجتماعي***: تشكل المساعدة المجتمعية الذاتية والدعم الاجتماعي عاملا أساسيا في تحقيق الصحة العقلية عموما وتوفير الدعم النفسي المتعدد القطاعات (انظر الرسم البياني أدناه) (انظر المعيار الأساسي رقم ١ في الصفحة رقم ٥١،ومبدأ الحماية رقم ٣ والملاحظة الإرشادية ١٥ في الصفحة رقم ٣٨ ومبدأ الحماية رقم ٤ والملاحظات الإرشادية ٩-١٣ في الصفحة رقم ٤٠). وكثيرا ما تستخدم منظمات الصحة أو تستقطب عاملين مجتمعيين أو متطوعين يمكن أن يساعدوا أفراد المجتمع، بمن فيهم المهمشين، على زيادة قدرتهم على المساعدة الذاتية وتقديم الدعم الاجتماعي.

هرم خدمات *الدعم النفسي*



المصدر: الفريق المرجعي للجنة المراقبة المشتركة بين الوكالات المعني بالصحة العقلية والدعم النفسي، عام ٢٠١٠



٢- ***المساعدة النفسية الأولية:*** إن أفضل طريقة للتعامل مع حالات القلق الشديد الناجم عن التعرض لتوتر هائلٍ (كالأحداث العصيبة) تتمثل في اتباع مبادئ المساعدة النفسية الأولية التي كثيرا ما تُفهم خطأً بأنها إجراء سريري، في حين أنها تمثل في الواقع مبادرة إنسانية ترمي إلى مساعدة إنسان مثلنا يعاني وقد يحتاج إلى دعم نفسي. وتشمل هذه المساعدة توفير رعاية أساسية عقلانية وغير متطفلة تركز على الإصغاء لا على إجبار الفرد على الكلام. كما تضم هذه المبادئ تقييم حاجات الأشخاص المعنيين وضمان تلبيتها، وتشجيع المقربين على تقديم الدعم الاجتماعي، وحمايتهم من أي أذى إضافي. ويعتبر استخلاص المعلومات النفسية (أي تشجيع الفرد على التنفيس عن نفسه عن طريق السرد الموجز لانطباعاته وأفكاره وردود فعله العاطفية في أثناء حادث مجهد وقع مؤخرا) غير ناجح، ويستحسن تفاديه. وبالمثل، ينبغي تفادي منح مادة البنزوديازيبين لمعالجة الأسى الشديد حيث يمكن أن تعيق التعافي الطبيعي.

٣- ***رعاية الصحة العقلية الأساسية:*** يمكن أن تعود مشكلات الصحة العقلية التي يعاني منها الناس إلى حالة الطوارئ، أو قد تكون موجودة أصلا أو تكون خليطا من العنصرين. وينبغي أن تتاح للأشخاص الذين يعانون من مشكلات خطيرة في مجـال الصحة العقلية إمكانية الاستفادة من شبكة الدعم الاجتماعي في المجتمع المحلي والحصول على الرعاية السريرية أيضا عن طريق خدمات الصحة المتاحة (مثل المستشفيات العامة وعيادات الرعاية الأولية، الخ). وعادة ما يتضمن تنظيم رعاية الصحة العقلية السريرية الأساسية إما تدريب العاملين الصحيين على وجه السرعة، أو استقطاب مهنيين في مجـال الصحة العقلية في العيادات. وينبغي توفير المؤثرات العقلية والأدوية المضادة للصرع. كما ينبغي أن يحصل الأفراد الذين كانوا يتلقون علاجا في مجـال الصحة العقلية قبل الأزمة على علاج مستمر.

٤- ***المرضى في المؤسسات الطبية:*** ينبغي إجراء زيارات منتظمة لمستشفيات الأمراض العقلية والمؤسسات المخصصة للذين يعانون من مشكلات عقلية خطيرة، على الأخص في مرحلة مبكرة من الأزمة حيث يرتفع خطر إهمال أو إساءة معاملة الأشخاص المقيمين في مثل هذه المؤسسات ارتفاعا شديدا. ويجب توفير الأمن وتلبية الحاجات الأساسية (الماء، الغذاء، المأوى، الإصحاح والرعاية الطبية)، ومراقبة حقوق الإنسان وتقديم الرعاية العقلية والنفسية الأساسية خلال الأزمة بأكملها.

٥- ***التعافي السريع:*** لما كانت الأزمات الإنسانية تؤدي إلى ارتفاع معدلات مجموعة واسعة من الاضطرابات العقلية، ينبغي وضع خطط لتطوير نظام الصحة العقلية وتحسين التغطية الفعلية لعلاج الصحة العقلية في المنطقة المتضررة بأكملها (انظر المعيار الأساسي رقم ٤ في الصفحة رقم ٦١).

٢-٦- خدمات الصحة الأساسية – الأمراض غير المعدية

إن ارتفاع سن السكان، وزيادة العمر المرتقب غيرّا شكل الأمراض الشائعة، فتحولت من أمراض معدية إلى أمراض غير معدية في العديد من البلدان، بما فيها البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وبالتالي، تكتسب الأمراض غير المعدية أهمية كبيرة حيث تمثل مشكلة كبرى من مشاكل الصحة العامة في ظروف الكوارث. وباتت زيادة المشكلات الصحية التي ترجع إلى تفاقم الحالة الصحية المزمنة القائمة من السمات الشائعة في العديد من الكوارث.

خدمات الصحة الأساسية – معيار الأمراض غير المعدية رقم ١ : الأمراض غير المعدية

ينبغي أن يحصل الناس على أنواع العلاج الأساسي لتقليل الاعتلال والوفيات الناجمة عن مضاعفات خطيرة، أو تفاقم مرضهم المزمن.

التدابير الأساسية (يستحسن قراءاتها مع الملاحظات الإرشادية)

- تقدير وتوثيق انتشار الأمراض غير المعدية وتبادل البيانات مع الوكالات المستجيبة للكارثة (انظر الملاحظة الإرشادية ١).
- ضمان تشخيص الأفراد المصابين بأمراض غير معدية الذين كانوا يتلقون علاجا قبل حالة الطوارئ، وضمان استمرار حصولهم عليه. وينبغي تفادي قطع العلاج بصورة مفاجئة.
- ضمان توفير العلاج اللازم للأشخاص الذين يعانون من مضاعفات ومن تفاقم مرضهم غير المعدي الذي يشكل خطرا على حياتهم (كأمراض القلب وارتفاع الضغط الحاد) والأفراد الذين يعانون من آلام شديدة (الألم الناجم عن المراحل الأخيرة من أمراض السرطان).
- في حالات عدم توفر علاج للأمراض غير المعدية، ينبغي وضع إجراءات عملية نموذجية واضحة للإحالة.
- ضمان توافر معدات التشخيص الأساسية والاختبارات المختبرية الجوهرية والأدوية من أجل الإدارة التقليدية الجارية للأمراض غير المعدية في نظام الرعاية الصحية الأولية. وينبغي اختيار هذه الأدوية من قائمة الأدوية الأساسية.
- ضمان توفير أدوات معينة (مثل معينات السير) للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الحركة أو الاتصال.

المؤشرات الأساسية (يستحسن قراءاتها مع الملاحظات الإرشادية)



- ينبغي أن يكون لكل مرافق الرعاية الصحية الأولية إجراءات تشغيلية نموذجية واضحة لإحالة المرضى المصابين بأمراض غير معدية إلى مرافق الرعاية من المستوى الثاني والثالث.

- ينبغي أن يكون لمرافق الرعاية الصحية الأولية الأدوية اللازمة لمواصلة معالجة الأفراد المصابين بالأمراض غير المعدية الذين كانوا يتلقون علاجا قبل حالة الطوارئ.

ملاحظة إرشادية

١- ***الأمراض غير المعدية***: تضم الأمراض غير المعدية أمراض القلب، والسكتة الدماغية، وارتفاع الضغط، وعجز الكلى المزمن، وربو القصبات، وغسل كلى ذوي مرض الكلى المزمن، ومرض السكري الذي لا يستغني المصاب به عن الأنسولين، والصرع، وفيروس نقص المناعة البشرية. وخلال حالات الطوارئ، قد تتفاقم حالة الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة أو قد يتعرضون لمضاعفات كالالتهابات الثانوية، كما أنهم يتعرضون للخطر إذا قُطع علاجهم. وينبغي أن يكون تحقيق استقرار حالتهم السريرية ومواصلة علاجهم عنصرا أساسيا في استجابة قطاع الصحة في الأوساط الإنسانية.

ويحتاج الأشخاص المصابون بأمراض غير معدية إلى العلاج والمتابعة في الأجل الطويل. وينبغي توفير الإدارة التقليدية الجارية للأمراض غير المعدية عبر نظام الرعاية الصحية الأولية باستعمال الأدوية المذكورة في قائمة الأدوية الأساسية. ولا يُنصح عادة باعتماد نظم أو برامج علاجية جديدة لإدارة الحالات الصحية المزمنة في أثناء جهود الإغاثة، لا سيما إذا كان من المتعذر مواصلة النظام أو البرنامج بعد مرحلة الطوارئ.

المرفق رقم ١

قائمة مرجعية لتقدير الحالة الصحية

التحضير

- جمع المعلومات المتاحة عن السكان المتضررين من الكارثة.
- جمع الخرائط المتاحة والصور الجوية.
- جمع البيانات الخاصة بالسكان والصحة.

الأمن والاستفادة من الخدمات

- الكشف عن مصادر الخطر الطبيعية المستمرة أو المخاطر ذات المنشأ البشري.
- تحديد الوضع الأمني العام بما في ذلك وجود قوات مسلحة عسكرية.
- تحديد إمكانية وصول الوكالات الإنسانية إلى السكان المنكوبين.

التركيبة السكانية والاجتماعية

- تحديد مجموع السكان المتضررين من الكارثة وتصنيف السكان حسب العمر والجنس.
- تحديد أكثر الفئات تعرضا للخطر، كالنساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة.
- تحديد متوسط حجم الأسرة، وتقدير عدد الأسر التي تديرها النساء أو الأطفال.
- تحديد التركيبة الاجتماعية القائمة، بما في ذلك مراكز السلطة والتأثير.

معلومات أساسية خاصة بالصحة

- تحديد المشكلات الصحية التي كانت قائمة في المنطقة المنكوبة قبل وقوع الكارثة.
- تحديد المشكلات الصحية التي كانت قائمة في بلد اللاجئين الأصلي (منطقة منشأ النازحين داخل بلدانهم).
- تحديد المخاطر الصحية القائمة كالأمراض الوبائية المحتملة.
- تحديد المصادر السابقة للرعاية الصحية.
- تحليل أداء وظائف نظام الصحة.



معدلات الوفيات

- حساب معدل الوفيات الخام.
- حساب معدل الوفيات حسب الأعمار (مثل معدل وفيات الأطفال دون سن خمس سنوات).
- حساب معدلات الوفيات حسب مسبباتها.
- حساب معدل الوفيات النسبي.

معدل انتشار الأمراض

- تحديد معدلات انتشار أهم الأمراض من حيث وقعها على الصحة العامة.
- تحديد معدلات انتشار أهم الأمراض حسب العمر والجنس حيثما أمكن.

الموارد المتاحة

- تحديد قدرة وزارة الصحة في البلد المتضرر من الكارثة.
- تحديد حالة المرافق الصحية الوطنية بما في ذلك مجموعها وتصنيفها ومستوى الرعاية التي تقدمها وحالتها وحالة خدماتها وإمكانية الوصول إليها.
- تحديد عدد الموظفين العاملين في مجـال الصحة ومهاراتهم.
- تحديد ميزانيات الصحة وآليات تمويلها المتاحة.
- تحديد قدرة برامج الصحة العامة القائمة، مثل برنامج التلقيح الموسع، وإمكانياتها.
- تحديد مدى توفر خطط العلاج الموحدة والأدوية والإمدادات والنظم اللوجستية.
- تحديد حالة نُظُم الإحالة المتاحة.
- تحديد مستوى الصحة البيئية في مرافق الرعاية الصحية.
- تحديد حالة نُظُم معلومات الصحة القائمة.

بيانات مجـالات عمل المشروع الأخرى

- الحالة الغذائية
- الغذاء والأمن الغذائي
- الظروف البيئية
- المأوى – نوعية المأوى
- التوعية – التوعية الصحية والنهوض بالنظافة

المرفق رقم ٢

نماذج استمارات رفع تقارير المراقبة الأسبوعية

الاستمارة رقم ١* لمراقبة الوفيات

المكان..

التاريخ اعتبارا من يوم الاثنين .... حتى يوم الأحد.....................................

مجموع السكان في بداية الأسبوع ....

عدد الولادات هذا الأسبوع .... عدد الوفيات هذا الأسبوع.....................................

عدد الوافدين الجدد هذا الأسبوع .... عدد المغادرين هذا الأسبوع...................................

مجموع السكان في نهاية الأسبوع......................... مجموع الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات.........................

	صفر-٤ سنوات		٥ سنوات وأكثر		المجموع
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
السبب المباشر					
التهاب القصبات الهوائية السفلى الحاد					
الكوليرا (احتمال)					
الإسهال – دم					
الإسهال – سائل					
إصابات – غير ناجمة عن حادث					
الملاريا					
وفيات الأمهات-مباشرة					
الحصبة					
التهاب السحايا (احتمال)					
وفيات الوليد (صفر-٢٨ يوما)					
غيرها					
غير معروف					
المجموع حسب العمر والجنس					
الأسباب الكامنة					
الإيدز (احتمال)					
سوء التغذية					
وفيات الأمهات – غير مباشر					
غيرها					
المجموع حسب العمر والجنس					

** تستخدم هذه الاستمارة في حالة ارتفاع نسبة الوفيات وعندما يتعذر لهذا السبب جمع المزيد من المعلومات المفصلة عن وفيات الأفراد.*

- *يعتمد تواتر رفع التقارير (يومي أو أسبوعي) على عدد الوفيات.*
- *يمكن إضافة أسباب أخرى للوفيات وفقا للسياق وشكل الوبائيات.*
- *يمكن تصنيف المزيد من الأعمار حسبما يمكن (صفر-١١ شهرا، سنة-٤ سنوات،٥-١٤ سنة، ١٥-٤٩ سنة، ٥٠-٥٩ سنة، ٦٠-٦٩ سنة،٧٠-٧٩ سنة و٨٠ سنة فما فوق).*
- *لا ينبغي الإفادة بالوفيات في مواقع المرافق الصحية فقط، بل ينبغي أن تشمل تقارير القادة المحليين والدينيين والعاملين في المجتمعات المحلية والمجموعات النسائية والمستشفيات التخصصية.*
- *ينبغي وصف الحالات على ظهر الاستمارة حيثما أمكن.*



الاستمارة رقم ٢* لمراقبة الوفيات

المكان. . . . .

التاريخ اعتبارا من يوم الاثنين . . . . .حتى يوم الأحد . . . .

مجموع السكان في بداية الأسبوع . . . .

عدد الولادات هذا الأسبوع . . . . .عدد الوفيات هذا الأسبوع. . . . .

عدد الوافدين الجدد هذا الأسبوع . . . . .عدد المغادرين هذا الأسبوع. . . . .

مجموع السكان في نهاية الأسبوع. .مجموع الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات. . . . .

الرقم	الجنس (ذكر/أنثى)	العمر (يوم، شهر، سنة)	أسباب الوفاة المباشرة												أسباب الوفاة الكامنة						
			الالتهابات التنفسية الحادة	الكوليرا (احتمال)	الإسهال – دم	الإسهال – سائل	الإصابات غير الناجمة عن حادث	الملاريا	وفيات الأمهات – مباشرة	الحصبة	التهاب السحايا (احتمال)	وفيات الوليد (صفر – ٢٨ يوما)	أمراض غير معدية (حددها)	غير ذلك (حدده)	غير معروف	الإيدز (احتمال)	سوء التغذية	وفيات الأمهات – غير مباشر	غير ذلك (حدده)	التاريخ (اليوم، الشهر، السنة)	المكان في الموقع (مثلا رقم المبنى)	وقعت الوفاة في المستشفى أو في المنزل
١																						
٢																						
٣																						
٤																						
٥																						
٦																						
٧																						
٨																						

** تستخدم هذه الاستمارة عندما يكون هناك وقت كاف لتسجيل بيانات عن وفيات الأفراد. وتتيح تحليلا للحالات حسب العمر وتحقيقا في تفشي الأمراض حسب المكان ومعدلات استعمال المرفق.*

- يعتمد تواتر رفع التقارير (يومي أو أسبوعي) على عدد الوفيات.

- يمكن إضافة أسباب أخرى للوفيات وفقا للسياق.

- لا ينبغي الإفادة بالوفيات في مواقع المرافق الصحية فقط، بل ينبغي أن تشمل تقارير القادة المحليين والدينيين والعاملين في المجتمعات المحلية والمجموعات النسائية والمستشفيات التخصصية.

- ينبغي وصف الحالات على ظهر الاستمارة حيثما أمكن.

نموذج استمارة شبكة الإنذار المبكر والاستجابة للإفادة الأسبوعية *

*تستعمل هذه الاستمارة في ذروة حالة الطوارئ عندما يرتفع خطر انتشار الأمراض الوبائية الطابع

التاريخ اعتبارا من الاثنين .... حتى يوم الأحد: ....

المدينة/القرية/المستقر البشري/المخيم: ....

الولاية: .... الناحية: .... البلدية: ....

• اسم الموقع: • المرضى الداخليون • المرضى الخارجيون • مركز الصحة • العيادة المتنقلة

المنظمة/المنظمات الداعمة: .... الموظف المسؤول ورقم هاتفه: ....

مجموع السكان: .... مجموع الأطفال دون سن خمس سنوات: ....

ألف- البيانات الأسبوعية الكلية

الحالات الجديدة من:	الاعتلال		الوفيات		المجموع
	أقل من خمس سنوات	خمس سنوات فما فوق	أقل من خمس سنوات	خمس سنوات فما فوق	
مجموع المرضى المقبولين					
مجموع الوفيات					
الالتهاب الرئوي الحاد					
الإسهال السائل الحاد					
الإسهال الدموي الحاد					
الملاريا – المحتملة/المؤكدة					
الحصبة					
التهاب السحايا – محتمل					
متلازمة الحمى النزفية الحادة					
متلازمة اليرقان الحاد					
الشلل العضلي الحاد					
الكزاز					
أنواع أخرى من الحمى أكثر من ٣٨,٥ درجة مئوية					
الإصابات/الجراح					
غير ذلك					
المجموع					

-يمكن التوصل إلى أكثر من تشخيص واحد، ينبغي تسجيل أهمها. تُحسب كل حالة مرة واحدة فقط.
-لا تُحسب سوى الحالات التي شوهدت (أو الوفيات الفعلية) خلال أسبوع المراقبة.
-اكتبوا «صفر» إن لم تسجل أي حالة مرضية أو وفاة خلال الأسبوع فيما يتعلق بأحد الأعراض الواردة في الاستمارة.
-يجب تسجيل الوفيات في الجزء المخصص للوفيات وليس في الجزء المخصص للاعتلال.
-ينبغي كتابة تعريف الحالات لكل مرض خاضع للمراقبة على ظهر هذه الاستمارة.
- يمكن إضافة أسباب الاعتلال أو إلغاؤها حسب النمط الوبائي وتقدير احتمال انتشار المرض.
-إن الغرض من المراقبة التي تجريها شبكة الإنذار المبكر والاستجابة هو الكشف السريع عن الأمراض الوبائية الطابع.
-ينبغي جمع بيانات عن ظروف مثل سوء التغذية عن طريق إجراء استطلاعات (انتشار) بدلا من مراقبة (حالات).

باء- الإنذار بتفشي الأمراض

إذا لاحظتم في أي وقت من الأوقات احتمال تفشي أي من الأمراض التالية، ابعثوا رسالة هاتفية قصيرة أو اتصلوا هاتفيا بـ.......... أو ابعثوا رسالة الكترونية إلى .... تضم أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الوقت والمكان وعدد حالات الإصابة بالمرض والوفيات:

الكوليرا، الزحار العصبوي، الحصبة، شلل الأطفال، الكزاز، التهاب الكبد A أو E، حمى الضنك، التهاب السحايا، الزحار.

(تختلف قائمة الأمراض أعلاه حسب وبائيات الأمراض في البلد المعني).



استمارة رفع التقارير الأسبوعية لمراقبة الاعتلال*

*يمكن توسيع نطاق مراقبة الاعتلال بعد المرحلة الحادة، انطلاقا من شبكة الإنذار المبكر والاستجابة لإدراج أمراض أخرى ورصد مؤشرات أخرى حسب الحاجة

المكان...

التاريخ اعتبارا من يوم الاثنين.......................حتى يوم الأحد...................................

مجموع السكان في بداية الأسبوع/شهر..

عدد الولادات هذا الأسبوع/شهر.......................عدد الوفيات هذا الأسبوع/شهر............................

عدد الوافدين الجدد هذا الأسبوع/شهر.......................عدد المغادرين هذا الأسبوع/شهر............................

مجموع السكان في نهاية الأسبوع/شهر.......................مجموع الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات..........................

الاعتلال	دون سن خمس سنوات (حالات جديدة)			خمس سنوات وأكثر (حالات جديدة)			مجموع الحالات الجديدة	مجموع الحالات المتكررة
التشخيص*	ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع		
التهابات رئوية حادة**								
الإسهال – سائل								
الإسهال – دم								
الملاريا (احتمال/مؤكد)								
الحصبة								
التهاب السحايا (احتمال)								
متلازمة الحمى النزفية الحادة								
متلازمة جوندريس الحادة								
الشلل العضلي الحاد								
الكزاز (التيتانوس)								
أشكال أخرى من الحمى تزيد على ٣٨ درجة مئوية								
الإيدز (احتمال)***								
أمراض العيون								
سوء التغذية****								
الإصابات الناجمة عن حوادث								
الإصابات غير الناجمة عن حوادث								
الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس								
أمراض تقرح الأعضاء التناسلية								
قيح المجاري البولية الذكرية								
القيح المهبلي								
ألام أسفل البطن								
أمراض جلدية								
أمراض غير معدية (مثل السكري)								
الديدان								
غير ذلك								
مجهول								
المجموع								

* يمكن تقديم أكثر من تشخيص واحد. يمكن حذف بعض الأمراض أو إضافة أمراض أخرى حسب الظروف.
** الالتهابات التنفسية الحادة: يمكن تقسيم هذه الفئة في بعض البلدان إلى التهاب جهاز التنفس العلوي أو السفلي.
يمكن إضافة أسباب أخرى للوفيات أو حذف بعض الأسباب وفقا للسياق والنمط الوبائي.
يمكن إيراد المزيد من الأعمار (صفر-١١ شهرا، سنة-٤ سنوات، ١٥-٤٩ سنة، ٥٠-٥٩ سنة، ٦٠ سنة فما فوق).
*** الاستطلاعات هي أفضل طريقة لتقدير مدى انتشار فيروس الإيدز ومرضه.
**** الاستطلاعات السريعة هي أفضل طريقة لتقدير مدى انتشار سوء التغذية (قياس محيط العضد أو نسبة الوزن إلى الطول) حيث أن المراقبة لا تكشف إلا عن حالات الأشخاص الذين يطلبون الرعاية.
يمكن فرز المزيد من الأعمار حسب ما تسمح به الظروف.

الإنذار بتفشي الأمراض

إذا ظننتم في أي وقت من الأوقات بتفشي أي من الأمراض التالية، ابعثوا رسالة هاتفية قصيرة أو اتصلوا هاتفيا بـالرقم: .... أو ابعثوا رسالة الكترونية إلى العنوان: .... تضم أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الوقت والمكان وعدد حالات الإصابة بالمرض والوفيات: الكوليرا، الزحار العصبوي، الحصبة، الشلل العضلي الحاد، التيفوئيد، الكزاز، التهاب الكبد، حمى الضنك، التهاب السحايا، الخناق،الشهاق، الحمى النزفية.

زيارة المرافق الصحية	دون سن ٥ سنوات			٥ سنوات فما فوق			المجموع	
مجموع الزيارات	ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى

معدل التوافد: عدد المراجعات التي يقوم بها كل شخص لمرفق صحي في السنة = مجموع عدد المراجعات خلال أسبوع واحد/ مجموع السكان × ٢٥ أسبوعاً

- يمكن إيراد المزيد من الأعمار (صفر-١١ شهرا، سنة-٤ سنوات، ٥-١٤ سنة، ١٥-٤٩ سنة، ٥٠-٥٩ سنة، ٦٠ سنة فما فوق).

عدد الاستشارات لكل طبيب سريري: إجمالي عدد المراجعات (الجديدة والمتكررة)/ عدد الأطباء السريريين في المرفق الصحي/ عدد أيام عمل المرفق الصحي في الأسبوع.



المرفق رقم ٣

صيغ حساب مؤشرات الصحة الرئيسية

معدل الوفيات الخام

تعريفه: يقصد بمعدل الوفيات الخام معدل الوفاة بين السكان جميعا ذكوراً وإناثاً ومن جميع الأعمار.

الصيغة:

مجموع عدد الوفيات خلال فترة محددة / عدد السكان المعرضين للخطر في منتصف الفترة	×	١٠ ٠٠٠ شخص	=	عدد الوفيات/ ١٠ ٠٠٠ شخص/ يوميا

معدل الوفيات دون سن خمس سنوات

تعريفه: يقصد به معدل الوفيات بين الأطفال الذين يقل سنهم عن خمس سنوات ضمن السكان.

الصيغة:

مجموع عدد الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات خلال فترة محددة / مجموع عدد الأطفال دون سن خمس سنوات× عدد الأيام خلال تلك الفترة	×	١٠ ٠٠٠ شخص	=	عدد الوفيات/ ١٠ ٠٠٠ طفل دون سن خمس سنوات/ يوميا

معدل الإصابة بمرض ما

تعريفه: هو عدد حالات الإصابة الجديدة بمرض ما خلال فترة زمنية محددة ضمن مجموعة سكانية عرضة للإصابة بالمرض.

الصيغة

عدد حالات الإصابة الجديدة بمرض معين خلال فترة محددة / السكان المعرضون لخطر الإصابة بالمرض ×عدد الأشهر خلال الفترة الزمنية المعنية	×	١٠٠٠ شخص	=	عدد حالات الإصابة الجديدة بمرض محدد/ ١٠٠٠ شخص/ شهريا

معدل الوفيات الناجمة عن أمراض

تعريفه: هو عدد الأشخاص الذين توفوا نتيجة لإصابتهم بمرض ما مقسوما على عدد الأشخاص المصابين بالمرض.

الصيغة:

$$\frac{\text{عدد الأشخاص الذين توفوا نتيجة لإصابتهم بمرض ما خلال فترة زمنية محددة}}{\text{الأشخاص المصابون بالمرض خلال هذه الفترة الزمنية}} \times ١٠٠ = \text{س}\ \%$$

معدل مراجعة المرافق الصحية

تعريفه: هو عدد المراجعات التي يقوم بها كل مريض خارجي سنويا. ويستحسن التمييز بين المراجعين الجدد والمراجعين القدامى حيثما أمكن، واستعمال عدد المراجعين الجدد لحساب هذا المعدل. غير أنه كثيرا ما يصعب التمييز بين المراجعين الجدد والقدامى. لذا، فعادة ما يجمعون لحساب عدد المراجعات الإجمالية خلال كارثة ما.

الصيغة:

$$\frac{\text{مجموع المراجعات خلال أسبوع واحد}}{\text{مجموع عدد السكان}} \times ٥٢\ \text{أسبوعا} = \text{عدد المراجعات/ للشخص/ سنويا}$$

عدد الاستشارات الطبية التي يقوم بها كل طبيب في اليوم

تعريفه: هو متوسط إجمالي عدد الاستشارات الطبية (الحالات الجديدة والمتكررة) التي يقوم بها كل طبيب سريري يوميا.

الصيغة:

$$\frac{\text{مجموع عدد الاستشارات الطبية خلال أسبوع واحد}}{\text{عدد الأيام التي يكون فيها المركز الصحي مفتوحا}} \div \text{عدد الأطباء المعادل للتفرغ* في المرفق الصحي}$$

* يقصد بالعدد المعادل للتفرغ،العدد المكافئ من الأطباء السريريين الذين يعملون في مرفق صحي. فإذا كان هناك مثلا ستة أطباء سريريين يعملون في أقسام الطب الخارجي وكان اثنان منهما يعملان لنصف الوقت، يكون عدد الأطباء المعادل للتفرغ في هذه الحالة ٤ موظفين متفرغين + موظفان لنصف الوقت= ٥ أطباء سريريين معادلين للتفرغ.



المراجع والمزيد من المطالعات

المصادر

الصكوك القانونية الدولية

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf

نُظُم الصحة

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT., USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public‘s health.Scientific Publication No. 575. Washington, DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO 2001. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO, The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. http://helid.desastres.net/

مكافحة الأمراض المعدية

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington, DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition.Geneva.

صحة الطفل

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

الصحة الجنسية والإنجابية

IASC (2009). Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings.

www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. http://misp.rhrc.org/



WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalucia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

الإصابات

Hayward-Karlsson, J et al. (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System.Washington, DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

الصحة العقلية

IASC (2007), IASCGuidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2010), *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings.* Geneva.www.who.int/mental_health/

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), PsychologicalFirst Aid Guide. Geneva.

الأمراض غير المعدية

Spiegel et al. (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. Lancet, Vol 375, January 23, 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.

المزيد من المطالعات

صكوك قانونية دولية

Mann, J et al. (eds.) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge.
New York.

Baccino-Astrada, A (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

نظم الصحة

Beaglehole, R, Bonita, R and Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition.
WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Médecins sans Frontières (MSF) (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E (ed.) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.

WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

خدمات الصحة الأساسية

Checchi, F and Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org

UNHCR (2009), UNHCR's Priniciples and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.



مكافحة الأمراض المعدية

Cook, G C, Manson, P and Zumla, A I (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, M A et al. (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

صحة الطفل

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf

الصحة الجنسية والإنجابية

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

الإصابات

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168– 170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: http://www.usispo.org/code.asp

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

الصحة العقلية

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/

Fauci, AS et al. (eds.) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al. (eds.), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.



الملاحق



الملحق رقم ١

الوثائق الرئيسية التي يسترشد بها الميثـاق الإنساني

يحدد الميثـاق الإنساني معتقدات مشتركة ومبادئ عامة بشأن العمل والمسؤوليات في المجـال الإنساني في حالات الكوارث أو النزاعات، ويلاحظ أن ذلك يتجسد في القانون الدولي. وتتضمن قائمة الوثائق الرئيسية التالي شرحها أهم الصكوك القانونية الدولية المتصلة بحقوق الإنسان الدولية، والقانون الدولي الإنساني، وقانون اللاجئين، والعمل الإنساني. وليس القصد من هذا الميثـاق أن يكون بمثابة قانون إقليمي أو تطورات إقليمية. كما تتضمن القائمة عدداً آخراً من الإرشادات والمبادئ والمعايير والأطر التي يسترشد بها الميثـاق الإنساني. وحيث إن تلك القائمة انتقائية للغاية، فهناك المزيد من الموارد والروابط الإلكترونية المتعلقة بهذه الوثائق متاحة على موقع مشروع 'اسفير' (www.sphereproject.org). ونظراً لمحدودية المساحة، فلم نوفر إلا الملاحظات المتعلقة بالوثائق التي يبدو أنها تحتاج إلى مقدمة أو تفسير خاص، لأنها أحدث أو تتضمن أجزاءً محددة معنية بالكوارث أو النزاعات.

وتلك الوثائق مصنفة مواضيعياً تحت العناوين التالية:

١- ***حقوق الإنسان والحماية ومواطن الضعف***
٢- ***النزاعات المسلحة والقانون الدولي الإنساني والمساعدات الإنسانية***
٣- ***اللاجئون والنازحون داخل بلدهم***
٤- ***الكوارث والمساعدات الإنسانية***

ومن أجل ضمان وضوح طبيعة كل وثيقة من تلك الوثائق، فقد تم تصنيفها تحت العناوين التالية:

١- ***المعاهدات والقانون العرفي (حيثما ينطبق ذلك)***
٢- ***الإرشادات والمبادئ الصادرة عن الأمم المتحدة وغيرها من الإرشادات والمبادئ المعتمدة رسمياً فيما بين الحكومات***
٣- ***أطر وإرشادات ومبادئ السياسات الإنسانية***

١- حقوق الإنسان والحماية ومواطن الضعف

تتعلق الوثائق التالية في المقام الأول بحقوق الإنسان المعترف بها في المعاهدات والإعلانات العالمية. وهي تتضمن أيضاً عدداً من الوثائق الرئيسية المتعلقة بالسن (الأطفال وكبار السن)، ونوع الجنس، والإعاقة، لأن هذه هي بعض الأسس الشائعة للتعرض للضعف في حالات الكوارث أو النزاعات.

١-١- المعاهدات والقانون العرفي في مجـال حقوق الإنسان والحماية ومواطن الضعف

ينطبق قانون معاهدة حقوق الإنسان على الدول الأطراف في المعاهدة ذات الصلة، بينما ينطبق القانون العرفي (مثل حظر التعذيب) على كافة الدول. وينطبق قانون حقوق الإنسان في جميع الأوقات، مع إمكانية وجود استثناءين على النحو التالي:

- يمكن تعليق بعض الحقوق المدنية والسياسية المحدودة خلال حالات الطوارئ الوطنية المعلنة، بما يتفق مع المادة (٤) من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية 'التقيد'
- أثناء النزاعات المسلحة المعترف بها، ينطبق القانون الدولي الإنساني أولاً، إذا كان هناك أي شكل من أشكال عدم الاتساق مع قانون حقوق الإنسان.

١-١-١- حقوق الإنسان العالمية

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام ١٩٤٨، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٢١٧ – ألف (ثالثاً) المؤرخ في ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٤٨.
www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml

وفقاً للإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي أعلنته الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ١٩٤٨، فإنه يحدد، للمرة الأولى، حقوق الإنسان الأساسية التي ينبغي حمايتها عالمياً. وهو لا يرتقي إلى مستوى المعاهدة، ولكن من المتفق عليه عموماً أنه قد أصبح جزءاً من القانون الدولي العرفي. فالجملة الأولى من ديباجته تقدم مفهوم 'الكرامة المتأصلة' للبشر كقاعدة أساسية لحقوق الإنسان، وتنص المادة الأولى على أنه: 'يولد جميع الناس أحراراً متساوين في الكرامة والحقوق.'

العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية الصادر عام ١٩٦٦، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٢٢٠٠ ألف (٢١) المؤرخ في ١٦ كانون الأول/ديسمبر١٩٦٦، ودخل حيز النفاذ اعتباراً من ٢٣ آذار/مارس ١٩٧٦، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٩٩٩، الصفحة رقم ١٧١، والمجلد رقم ١٠٥٧، الصفحة رقم ٤٠٧. www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

البروتوكول الاختياري الثاني للعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، الصادر عام ١٩٨٩ (الذي يهدف إلى إلغاء عقوبة الإعدام)، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ١٢٨/٤٤ المؤرخ في ١٥ كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٩، ودخل حيز النفاذ اعتباراً من ١١ تموز/يوليو ١٩٩١، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ١٦٤٢، الصفحة رقم ٤١٤.
www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm

ويجب على الدول الأطراف في هذا العهد احترام وضمان الحقوق لجميع الأفراد داخل أراضيها أو تحت ولايتها، مع الاعتراف بحق 'الشعب' في تقرير مصيره، والمساواة في الحقوق بين الرجال والنساء. كما أنه لا يجوز أبداً تعليق بعض الحقوق (التي تحمل علامة النجمة *)، حتى في أشد حالات الطوارئ الوطنية وطأة.

الحقوق: الحق في الحياة؛* لا للتعذيب أو غيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة؛* لا للاستعباد؛* لا للاعتقال أو الاحتجاز تعسفاً؛ والكرامة والإنسانية في الاحتجاز؛ لا للسجن للإخلال بالعقد؛* حرية التنقل والإقامة؛ لا يجوز طرد الأجانب إلا بسند قانوني؛ المساواة أمام القانون، المحاكمة العادلة وافتراض براءة المتهم حتى تثبت إدانته في المحاكمات الجنائية؛ عدم الأخذ بمبدأ الأثر الرجعي في الجرائم الجنائية؛* المساواة أمام القانون؛* الحياة الخاصة؛ حرية التفكير والدين والضمير؛* حرية الرأي والتعبير والتجمع السلمي؛ حرية تكوين الجمعيات؛ الحق في الزواج وإقامة الحياة العائلية؛ حماية الأطفال؛ الحق في التصويت والمشاركة في الشؤون العامة؛ حق الأقليات في التمتع بثقافتهم ودينهم ولغتهم.*

العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر عام ١٩٦٦، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٢٢٠٠ ألف (٢١) المؤرخ في ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٦، ودخل حيز النفاذ اعتباراً من ٣ كانون الثاني/يناير ١٩٧٦، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٩٩٣، الصفحة رقم ٣.

www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

تتفق الدول الأطراف على الالتزام بأقصى ما تسمح به مواردها المتاحة بأن 'تحقق تدريجياً' الحقوق الواردة في هذا العهد، والتي يتعين أن يتمتع بها الرجال والنساء بنفس القدر.

الحقوق: الحق في العمل؛ في الحصول على أجر عادل؛ في الانضمام إلى النقابات العمالية؛ في الحصول على ضمان/تأمين اجتماعي؛ في الحياة الأسرية، بما في ذلك حماية الأمهات بعد الولادة، وحماية الأطفال من الاستغلال؛ في التمتع بمستوى معيشي لائق، بما في ذلك المأكل والملبس والمسكن؛ في الصحة البدنية والعقلية؛ في التعليم؛ في المشاركة في الحياة الثقافية والتمتع بفوائد التقدم العلمي والثقافي.

الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري الصادرة عام ١٩٦٩، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٢١٠٦ (٢٠) المؤرخ في ٢١ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٥، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ٤ كانون الثاني/يناير ١٩٦٩، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٦٦٠، الصفحة رقم ١٩٥.

www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm

اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة الصادرة عام ١٩٧٩، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ١٨٠/٣٤ المؤرخ في ١٨ كانون الأول/ديسمبر ١٩٧٩، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ٣ أيلول/سبتمبر ١٩٨١، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ١٢٤٩، الصفحة رقم ١٣.

www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عام ١٩٨٩، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٢٥/٤٤ المؤرخ في ٢٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٩، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٠، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ١٥٧٧، الصفحة رقم ٣.

www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل بشأن إشراك الأطفال في النزاعات المسلحة الصادر عام ٢٠٠٠، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار A/RES/54/263 المؤرخ في ٢٥ أيار/مايو ٢٠٠٠، ودخل حيز النفاذ اعتباراً من ١٢ شباط/فبراير ٢٠٠٢، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٢١٧٣، الصفحة رقم ٢٢٢. www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm

البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل بشأن بيع الأطفال واستغلال الأطفال في البغاء وفي المواد الإباحية الصادر عام ٢٠٠٠، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار A/RES/54/263 المؤرخ في ٢٥ أيار/مايو ٢٠٠٠، ودخل حيز النفاذ اعتباراً من ١٨ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٢، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٢١٧١، الصفحة رقم ٢٢٧.
www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm

لقد حظيت اتفاقية حقوق الطفل بانضمام دول العالم تقريباً، وهي تؤكد مجدداً على حقوق الإنسان الأساسية للأطفال، وتحدد متى يحتاجون إلى حماية خاصة (على سبيل المثال عند انفصالهم عن ذويهم). ويتطلب البروتوكولان اتخاذ تدابير إيجابية بشأن قضايا محددة فيما يتعلق بحماية الطفل بالنسبة للدول الأطراف فيهما.

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الصادرة عام ٢٠٠٦، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار A/RES/61/106 المؤرخ في ١٣ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٦، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ٣ أيار/مايو ٢٠٠٨، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، الفصل الرابع، ١٥.
www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

وهذه الاتفاقية تدعم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بموجب كافة معاهدات حقوق الإنسان الأخرى، فضلاً عن التوعية بشأن ذوي الإعاقة على وجه الخصوص، وجعل الخدمات والتسهيلات في المتناول بدون تمييز، وهناك أيضاً إشارة خاصة إلى ’حالات الخطر والطوارئ الإنسانية‘ (المادة رقم ١١).

١-٢-١- الإبادة الجماعية والتعذيب وغير ذلك من أشكال الانتهاك الجنائي للحقوق

اتفاقية منع جريمة الإبادة الجماعية والمعاقبة عليها الصادرة عام ١٩٤٨، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٢٦٠ (ثالثاً) المؤرخ في ٩ كانون الأول/ديسمبر ١٩٤٨، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ١٢ كانون الثاني/يناير ١٩٥١، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٧٨، الصفحة رقم ٢٧٧
www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm

اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة الصادرة عام ١٩٨٤، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٤٦/٣٩ المؤرخ في ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٤، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ٢٦ حزيران/يونيو ١٩٨٧، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ١٤٦٥، الصفحة رقم ٨٥. www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

ولدى هذه الاتفاقية عدد كبير جداً من الدول الأطراف. فحظر التعذيب معترف به الآن أيضاً بشكل عام كجزء من القانون الدولي العرفي. ولا يجوز التذرع بأي نوع من حالات الطوارئ العامة أو الحروب لتبرير التعذيب. كما أنه لا يجوز لأية دولة طرف أن تعيد أي شخص ("أن ترده") إلى أراضٍ حيث توجد لديه أسباب معقولة تدعو إلى الاعتقاد بأنه سيكون في خطر التعرض للتعذيب.

نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية، الذي اعتمده المؤتمر الدبلوماسي في روما، بتاريخ ١٧ تموز/يوليو ١٩٩٨، ودخل حيز النفاذ اعتباراً من ١ تموز/يوليو ٢٠٠٢، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٢١٨٧، الصفحة رقم ٣. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument
وتقدم المادة (٩) من النظام الأساسي (أركان الجرائم)، التي اعتمدتها المحكمة الجنائية الدولية في عام ٢٠٠٢، وصفاً تفصيلياً لجرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية والإبادة الجماعية، وبالتالي، فهي تفند الكثير من القانون الدولي العرفي. ويمكن للمحكمة الجنائية الدولية التحقيق والملاحقة فيما يتعلق بالأمور التي يشير إليها مجلس أمن الأمم المتحدة (حتى وإن كانت الدولة المتهمة ليست طرفاً في المعاهدة)، فضلاً عن الجرائم التي يُزعم أنها ارتكبت من جانب مواطني الدول الأطراف في المعاهدة، أو في أراضيها.

١-٢- الإرشادات والمبادئ الصادرة عن الأمم المتحدة وغيرها من الإرشادات والمبادئ المعتمدة رسمياً فيما بين الحكومات، وذلك في مجـال حقوق الإنسان والحماية ومواطن الضعف

خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة الصادرة عام ٢٠٠٢، الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة – الأمم المتحدة، مدريد، ٢٠٠٢، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٥١/٣٧ المؤرخ في 3 كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٢.

www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm

مبادئ الأمم المتحدة المعنية بكبار السن الصادرة عام ١٩٩١، قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٩١/٤٦ المؤرخ في ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١.

www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm

١-٣- أطر وإرشادات ومبادئ السياسات الإنسانية المتعلقة بحقوق الإنسان والحماية ومواطن الضعف

حماية الأشخاص المتضررين من الكوارث الطبيعية: الإرشادات التشغيلية المعنية بحقوق الإنسان والكوارث الطبيعية الصادرة عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات عام ٢٠٠٦، اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx

القانون الدولي والمعايير الدولية المطبقة في حالات الكوارث الطبيعية (الدليل القانوني للمنظمة الدولية لقانون التنمية) الصادر عام ٢٠٠٩، المنظمة الدولية لقانون التنمية.

www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

المبادئ التوجيهية المشتركة بين الوكالات المعنية بالأطفال غير المصحوبين والمنفصلين عن ذويهم الصادرة عام ٢٠٠٢، التي طورتها اللجنة الدولية للصليب الأحمر، ومكتب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، ومنظمة وورلد فيجن الدولية، ومنظمة إنقاذ الطفولة بالمملكة المتحدة، واللجنة الدولية للإنقاذ، ٢٠٠٩.

www.icrc.org

دليل الجنسانية في العمل الإنساني ٢٠٠٦، اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-genderh

الإرشادات المعنية بالصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ الصادرة عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات عام ٢٠٠٧، اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default

الحد الأدنى لمعايير التعليم في حالات الطوارئ والأزمات المزمنة وإعادة الإعمار الأوَّلي من الآيني عام ٢٠٠٧، على النحو الذي حُدِّثت به في عام ٢٠١٠، شبكة الآيني (كانت تعرف سابقاً بما يسمى المعايير المترافقة مع معايير 'اسفير' منذ عام ٢٠٠٨).
www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/

٢- النزاعات المسلحة والقانون الدولي الإنساني والمساعدات الإنسانية

٢-١ المعاهدات والقانون العرفي في مجال النزاعات المسلحة والقانون الدولي الإنساني والمساعدات الإنسانية

يحدد القانون الدولي الإنساني العتبات التي يتحول عندها العنف إلى 'نزاع مسلح'، وبالتالي فإنه يجعل هذا النظام القانوني مطبقاً. واللجنة الدولية للصليب الأحمر هي المركز الوثائقي الرسمي للمعاهدات المتعلقة بالقانون الدولي الإنساني، وهي توفر معلومات وموارد واسعة النطاق على موقعها على شبكة الإنترنت (www.icrc.org)، بما في ذلك التعليق الرسمي على اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها، وقواعد دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

٢-١-١- معاهدات القانون الدولي الإنساني الأساسية

اتفاقيات جنيف الأربع لعام ١٩٤٩

البروتوكول الإضافي لاتفاقيات جنيف، المتعلق بحماية ضحايا المنازعات الدولية المسلحة، الصادر عام ١٩٧٧ (البروتوكول الأول)

البروتوكول الإضافي لاتفاقيات جنيف، المتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة غير الدولية، الصادر عام ١٩٧٧ (البروتوكول الثاني)
www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView

واتفاقيات جنيف الأربع – المقبولة عموماً من جميع الدول الأطراف باعتبارها جزءاً من القانون العرفي – معنية بحماية وعلاج الجرحى والمرضى في الحروب البرية (الاتفاقية الأولى)، وفي البحار (الاتفاقية الثانية)، ومعاملة أسرى الحرب (الاتفاقية الثالثة)، وحماية المدنيين خلال النزاعات المسلحة (الاتفاقية الرابعة). وهي تنطبق في المقام الأول على النزاعات المسلحة الدولية، باستثناء المادة (٣) المشتركة بين الاتفاقيات، والتي تتعلق بالنزاعات غير الدولية، وهناك بعض العناصر الأخرى المقبولة الآن كقانون عرفي في النزاعات غير الدولية. وقد صدر البروتوكولان في عام ١٩٧٧ لتحديث الاتفاقيات في ذلك الوقت، ولا سيما فيما يتعلق بتعريف المقاتلين وتفنيد النزاعات غير الدولية. وهناك عدد من الدول التي لم تنضم إلى تلك البروتوكولات.

٢-١-٢- معاهدات الحد من الأسلحة المقيدة أو المحظورة والممتلكات الثقافية

بالإضافة إلى 'قانون جنيف' المبين بإيجاز أعلاه، فهناك أيضا مجموعة من القوانين غالباً ما توصف باسم 'قانون لاهاي' المعني بالنزاع المسلح، ويشمل ذلك اتفاقية حماية الممتلكات الثقافية وعدداً من الاتفاقيات المعنية بأنواع الأسلحة المقيدة أو المحظورة، بما في ذلك الغازات وغيرها من الأسلحة الكيميائية والبيولوجية، والأسلحة التقليدية العشوائية أو التي تسبب معاناة لا داعي لها، فضلاً عن الألغام الأرضية المضادة للأفراد والذخائر العنقودية. www.icrc.org/ihl.nsf

٣-١-٢- القانون الدولي الإنساني العرفي

يشير القانون الدولي الإنساني العرفي إلى قانون النزاعات المسلحة الذي قبلته الدول، من خلال بياناتها وسياساتها وممارساتها، باعتباره ممثلاً للقواعد العرفية التي تنطبق على جميع الدول، بغض النظر عن انضمامها إلى المعاهدات المتعلقة بالقانون الدولي الإنساني. ولا توجد هناك قائمة متفق عليها بشأن القواعد العرفية، بيد أن التفسير الأكثر موثوقية هو الدراسة الواردة أدناه.

دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، هنكرتس، جيه-إم ودوزوالد-بيك، إل، مطبعة جامعة كامبريدج، كامبريدج ونيويورك، ٢٠٠٥.

www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument

وتغطي هذه الدراسة تقريباً النطاق الكامل لقانون النزاعات المسلحة. وهو يسرد ١٦١ قاعدة محددة، وما إذا كان ينطبق كل منها في حالة النزاعات المسلحة الدولية و/أو النزاعات المسلحة غير الدولية. وبينما ينتقد بعض المعلقين القانونيين منهجية القانون الدولي الإنساني العرفي، وقد أصبح هناك اعتراف على نطاق واسع بدراسة القانون الدولي الإنساني العرفي التي نشأت من عملية تشاور موسعة وبحث دقيق على مدى عشر سنوات، وبسلطتها باعتبارها تفسيراً للقواعد العرفية

٢-٢- الإرشادات والمبادئ الصادرة عن الأمم المتحدة وغيرها من الإرشادات والمبادئ المعتمدة رسمياً فيما بين الحكومات، المعنية بالنزاعات المسلحة، والقانون الدولي الإنساني والمساعدات الإنسانية

'مفكرة' مجلس أمن الأمم المتحدة المعنية بالحماية الصادرة عام ٢٠٠٢، على النحو الذي حدثت به في عام ٢٠٠٣ (S/PRST/2003/27).
www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27

وهذا القرار ليس ملزماً للدول، ولكنه وثيقة توجيهية من أجل مجلس أمن الأمم المتحدة فيما يتعلق بحفظ السلام والأوضاع الطارئة في حالات النزاع، الناتجة عن المشاورات مع مجموعة من وكالات الأمم المتحدة واللجان الدائمة المشتركة بين الوكالات.

قرارات مجلس أمن الأمم المتحدة المعنية بالعنف الجنسي والمرأة في حالات النزاعات المسلحة، ولا سيما القرارات أرقام ١٨٢٠ (٢٠٠٨)، ١٨٨٨ (٢٠٠٩)، ١٨٨٩ (٢٠٠٩)

وتجدر الإشارة إلى أن تلك القرارات مشار إليها برقم القرار وعام صدوره.
www.un.org/documents/scres.htm

٣-٢- أطر وإرشادات ومبادئ السياسات الإنسانية، المعنية بالنزاعات المسلحة والقانون الدولي الإنساني والمساعدات الإنسانية

وقد اضطلعت جهات فاعلة في المجـال الإنساني ومجـال حقوق الإنسان بالمعايير المهنية لأعمال الحماية في النزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف في عام ٢٠٠٩، اللجنة الدولية للصليب الأحمر.
www.icrc.org

٣- اللاجئون والنازحون داخل بلدهم

لدى مكتب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين – وكالة الأمم المتحدة للاجئين – ولاية قانونية محددة من أجل حماية اللاجئين بموجب اتفاقية وبروتوكول اللاجئين. وقد كلفتها الجمعية العامة للأمم المتحدة أيضاً بالاتصال مع الدول لحماية النازحين داخل بلدهم. ولدى المفوضية موارد واسعة النطاق على موقع الإنترنت الخاص بها.

٣-١- المعاهدات المعنية باللاجئين والنازحين داخل بلدهم

بالإضافة إلى المعاهدة الدولية، فإن هذا القسم يضم معاهدتين من الاتحاد الأفريقي (منظمة الوحدة الأفريقية سابقاً)، وكلتاهما تحددان سوابق تاريخية.

الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين الصادرة عام ١٩٥١ (وتعديلاتها)، التي اعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة للمفوضين المعني بوضع اللاجئين وعديمي الجنسية، جنيف، المؤرخ في ٢-٢٥ تموز/يوليو ١٩٥١، ودخلت

حيز النفاذ اعتباراً من ٢٢ نيسان/أبريل ١٩٥٤، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ١٨٩، الصفحة رقم ١٣٧.

والبروتوكول المتعلق بوضع اللاجئين الصادر عام ١٩٦٧، الذي لاحظته الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٢١٩٨ (٢١) المؤرخ في ٢-١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٦، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٦٠٦، الصفحة رقم ٢٦٧. www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf

وهذه الاتفاقية، هي أول اتفاق دولي بشأن اللاجئين، وهي تـعرِّف اللاجئ بأنه الشخص الذي، 'بسبب خوف له ما يبرره من التعرض للاضطهاد بسبب عرقه أو دينه أو جنسيته أو انتمائه إلي فئة اجتماعية معينة أو آرائه السياسية، خارج بلد جنسيته، ولا يستطيع، أو لا يريد بسبب ذلك الخوف، أن يستظل بحماية ذلك البلد، أو لا يريد بسبب ذلك الخوف، أن يعود إلي ذلك البلد...»

اتفاقية منظمة الوحدة الأفريقية لسنة ١٩٦٩ التي تحكم الجوانب المختلفة لمشاكل اللاجئين في إفريقيا، التي اعتمدتها الجمعية العامة لرؤساء الدول والحكومات في دورتها السادسة العادية، أديس أبابا، في تاريخ ١٠ أيلول/سبتمبر ١٩٦٩.

www.unhcr.org/45dc1a682.html

ويمثل هذا قبولاً للتعريف الوارد في اتفاقية عام ١٩٥١، ويوسِّعه ليشمل الأشخاص الذين اضطروا إلى مغادرة بلدهم، ليس فقط نتيجة للاضطهاد، وإنما أيضاً بسبب العدوان الخارجي أو الاحتلال أو الهيمنة الأجنبية أو نتيجة لوقوع أحداث تخل بالنظام العام إخلالاً شديداً. كما أنه يُعرِّف المجموعات من غير الدول من مرتكبي الاضطهاد، ولا يتطلب من اللاجئين البرهنة على وجود صلة مباشرة بينهم وبين الخطر في المستقبل.

اتفاقية الاتحاد الأفريقي لحماية ومساعدة النازحين داخل بلدهم في أفريقيا (اتفاقية كمبالا) ٢٠٠٩، التي اعتمدتها قمة خاصة للاتحاد الأفريقي، انعقدت في كمبالا، أوغندا، يوم ٢٢ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩، بيد أنها لم تدخل حيز التنفيذ حتى تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠.

www.unhcr.org/4ae9bede9.html

وهذه هي أول اتفاقية متعددة الأطراف بشأن النازحين داخل بلدهم. وقد وقعت عليها مبدئياً ١٧ دولة في الاتحاد الأفريقي في شهر تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩، إلا أنها تتطلب ١٥ انضماماً/تصديقاً رسمياً آخراً لكي تدخل حيز النفاذ.

٣-٢- الإرشادات والمبادئ الصادرة عن الأمم المتحدة وغيرها من الإرشادات والمبادئ المعتمدة رسمياً فيما بين الحكومات، المعنية باللاجئين والنازحين داخل بلدهم

المبادئ التوجيهية المعنية بالنزوح الداخلي الصادرة عام ١٩٩٨، التي اعترف بها رؤساء الدول والحكومات المجتمعون في مؤتمر القمة العالمي في نيويورك في الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥، بموجب القرار (132, UN Doc. A/60/L.1)، باعتبارها 'إطاراً دولياً هاماً لحماية النازحين داخل بلدهم'. www.idpguidingprinciples.org/

وتستند هذه المبادئ إلى القانون الدولي الإنساني وحقوق الإنسان وقانون اللاجئين المماثل، ويقصد بها أن تكون بمثابة معيار دولي لتوجيه الحكومات والمنظمات الدولية وكافة الجهات الفاعلة الأخرى ذات الصلة في تقديم المساعدة والحماية للنازحين داخلياً

٤- الكوارث والمساعدات الإنسانية

٤-١- المعاهدات المعنية بالكوارث والمساعدات الإنسانية

الاتفاقية المعنية بسلامة موظفي الأمم المتحدة والأفراد المرتبطين بها الصادرة عام ١٩٩٤، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ٥٩/٤٩ المؤرخ في ٩ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٤، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ١٥ كانون الثاني/يناير ١٩٩٩، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٢٠٥١، الصفحة رقم ٣٦٣.

www.un.org/law/cod/safety.htm

البروتوكول الاختياري للاتفاقية المعنية بسلامة موظفي الأمم المتحدة والأفراد المرتبطين بها الصادر عام ٢٠٠٥، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب القرار ألف/٤٢/٦٠ المؤرخ في ٨ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٥، ودخل حيز النفاذ اعتباراً من ١٩ آب/أغسطس ٢٠١٠.

www.ocha.unog.ch/drptoolkitL/PNormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions

وتقتصر الحماية بموجب هذه الاتفاقية على قوات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة، ما لم تكن الأمم المتحدة قد أعلنت 'خطراً استثنائياً' – وهو شرط غير عملي. وقد صحح البروتوكول هذا الخلل الرئيسي في الاتفاقية، ووسَّع نطاق الحماية القانونية ليتضمن كافة عمليات الأمم المتحدة، بدءاً من المساعدة الإنسانية الطارئة، إلى بناء السلام وتقديم المساعدات الإنسانية والسياسية والإنمائية.

اتفاقية المعونة الغذائية الصادرة عام ١٩٩٩، وهي صك قانوني مستقل بموجب اتفاقية تجارة الحبوب لعام ١٩٩٥، التي تديرها لجنة المعونة الغذائية من خلال أمانة مجلس الحبوب الدولي.

اتفاقية تامبيري المتعلقة بتوفير موارد الاتصالات للتخفيف من آثار الكوارث ولعمليات الإغاثة الصادرة عام ١٩٩٨، التي وافق عليها المؤتمر الدولي الحكومي للاتصالات السلكية واللاسلكية في حالات الطوارئ عام ١٩٩٨، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ٨ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٥، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٢٢٩٦، الصفحة رقم ٥. tampere-convention.org

اتفاقية الإطارية للأمم المتحدة بشأن تغير المناخ الصادرة عام ١٩٩٢، التي اعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية، الذي انعقد في ريو دي جانيرو خلال الفترة ٤-١٤ حزيران/يونيو ١٩٩٢، ورحبت بها الجمعية العامة للأمم المتحدة في قرارها ١٩٥/٤٧ المؤرخ في ٢٢ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٢، ودخلت حيز النفاذ اعتباراً من ٢١ آذار/مارس ١٩٩٤، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ١٧٧١، الصفحة رقم ١٠٧.

http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php

بروتوكول كيوتو للاتفاقية الإطارية للأمم المتحدة بشأن تغير المناخ الصادر عام ١٩٩٧، التي اعتمدت في الدورة الثالثة لمؤتمر الأطراف في الاتفاقية الإطارية في كيوتو، اليابان في ١١ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٧، ودخل حيز التنفيذ اعتباراً من ١٦ شباط/فبراير ٢٠٠٥، الأمم المتحدة، سلسلة المعاهدات، المجلد رقم ٢٣٠٣، الصفحة رقم ١٤٨.

http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php

وهذه الاتفاقية الإطارية وبروتوكول كيوتو يعالجان الحاجة الملحة لتنفيذ الاستراتيجيات المعنية بالتكيف مع تغير المناخ والحد من المخاطر، وبناء القدرات المحلية، والقدرة على الصمود والتعافي، ولا سيما في البلدان المعرضة للكوارث الطبيعية. وهما يؤكدان على استراتيجيات الحد من الكوارث وإدارة المخاطر، ولا سيما فيما يتعلق بتغير المناخ.

٤-٢- الإرشادات والمبادئ الصادرة عن الأمم المتحدة وغيرها من الإرشادات والمبادئ المعتمدة رسمياً فيما بين الحكومات، المعنية بالكوارث والمساعدات الإنسانية

تعزيز تنسيق المساعدة الإنسانية الطارئة التي تقوم بها الأمم المتحدة، مع مرفق ومبادئ توجيهية، بموجب قرار الجمعية العامة ١٨٢/٤٦ المؤرخ في ١٩ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١.

www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html

وقد أدى ذلك إلى إنشاء إدارة الأمم المتحدة للشؤون الإنسانية، التي أصبحت لاحقاً مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية في عام ١٩٩٨.

إطار عمل هيوغو ٢٠٠٥-٢٠١٥: بناء قدرة الأمم والمجتمعات على مواجهة الكوارث، الذي اعتمده المؤتمر العالمي المعني بالحد من الكوارث عام ٢٠٠٥.

www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm

وهو إطار يحدد استراتيجيات من أجل الدول والوكالات الإنسانية لدمج الحد من أخطار الكوارث في تنفيذ برامج التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها والانتعاش من آثارها، ودمجها في التنمية المستدامة وبناء القدرات من أجل القدرة على الصمود والانتعاش.

الإرشادات المتعلقة بتسهيل وتنظيم المساعدات الدولية والانتعاش الأولي على الصعيد المحلي في حالات الكوارث الصادرة عام ٢٠٠٧، التي اعتمدها المؤتمر الدولي الثلاثون للصليب الأحمر والهلال الأحمر (الذي يشمل الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف).

www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp

٤-٣- أطر وإرشادات ومبادئ السياسات الإنسانية المعنية بالكوارث والمساعدات الإنسانية

قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث (انظر الملحق رقم ٢: مدونة السلوك في الصفحة رقم ٣٥٢).

المبادئ الأساسية للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الصادرة عام ١٩٦٥، التي اعتمدها المؤتمر الدولي العشرون للصليب الأحمر.
www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

معايير الشراكة في المساءلة الإنسانية الصادرة عام ٢٠٠٧، الشراكة في المساءلة الإنسانية (هيئة دولية منظمة ذاتياً من أجل القطاع الإنساني، بما في ذلك إصدار الشهادات).
www.hapinternational.org

المبادئ والممارسات السليمة للمنح الإنسانية الصادرة عام ٢٠٠٣، التي أقرها مؤتمر ستوكهولم للدول المانحة، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية، والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، ووقعت عليها المفوضية الأوروبية و١٦ دولة.
www.goodhumanitariandonorship.org

مبادئ الشراكة: بيان الالتزام الصادر عام ٢٠٠٧، التي أقرها المنبر الإنساني العالمي في اجتماعه الذي انعقد في شهر تموز/يوليو ٢٠٠٧ (آلية للحوار بين الأمم المتحدة والوكالات الإنسانية خارج الأمم المتحدة).
www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html

الملحق رقم ٢

قواعد السلوك

من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث

أعدها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر واللجنة الدولية للصليب الأحمر[1]

1 برعاية مؤسسة كاريتاس الدولية، وهيئة خدمات الإغاثة الكاثوليكية*، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر*، والتحالف الدولي لإنقاذ الطفولة*، والاتحاد اللوثري العالمي*، ومنظمة أوكسفام*، ومجلس الكنائس العالمي* (* وهذه منظمات أعضاء في اللجنة التوجيهية للمساعدات الإنسانية) واللجنة الدولية للصليب الأحمر.*

الغرض من قواعد السلوك

الغرض من قواعد السلوك هذه هو صيانة معايير سلوكنا، وهي ليست بصدد تفاصيل العمليات، ككيفية حساب حصص الطعام أو نصب مخيم للاجئين، بل تتوخى الحفاظ على درجة عالية من الاستقلال والفعّالية والتأثير التي تنشدها المنظمات غير الحكومية العاملة في مجال مواجهة الكوارث والحركة الدولية للصليب الحمر والهلال الأحمر.

وفي حالة حدوث نزاع مسلح، تفسر القواعد الحالية للسلوك وتطبق وفقاً للقانون الدولي الإنساني.

وتعرض قواعد السلوك أولاً وتليها ثلاثة مرفقات تصف محيط العمل الذي نود أن تخلقه الحكومات المضيفة والحكومات المانحة والمنظمات الحكومية بغية تسهيل تقديم المساعدة الإنسانية بصورة فعالة.

التعاريف

المنظمات غير الحكومية: يقصد بها هنا المنظمات الوطنية والدولية التي تشكلت بطريقة مستقلة عن حكومة البلد الذي تأسست فيه.

الوكالات الإنسانية غير الحكومية: استخدم هذا التعبير لأغراض هذا النص ليشمل عناصر حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر – أي اللجنة الدولية للصليب الأحمر، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والجمعيات الوطنية الأعضاء فيه – والمنظمات غير الحكومية المعرَّفة أعلاه. وتشير هذه القواعد على وجه الخصوص إلى الوكالات الإنسانية غير الحكومية التي تواجه الكوارث.

المنظمات الحكومية: يقصد بها المنظمات التي تشكلها حكومتان أو أكثر، وهي تشمل بالتالي جميع وكالات الأمم المتحدة والمنظمات الإقليمية.

الكوارث: الكارثة هيٍ عبارة عن حادث مفجع يسبب خسائر في الأرواح ومعاناة البشر وتألمهم بشكل كبير، ويحدث أضراراً مادية فادحة.

قواعد السلوك

مبادئ السلوك الأساسية لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في برامج مواجهة الكوارث

١- أولوية الحاجات الإنسانية

إن الحق في الحصول على المساعدة الإنسانية وفي تقديمها هو مبدأ إنساني أساسي ينبغي أن يتمتع به مواطنو البلدان كلها. وبوصفنا أعضاء في المجموعة الدولية، نقر بالتزامنا بإتاحة المساعدة الإنسانية حيثما دعت الحاجة إليها. وبالتالي فإن الحاجة إلى الوصول إلى السكان المتضررين دون إعاقة، تكتسي أهمية بالغة في تحمل تلك المسؤولية.

ودافعنا الأول في مواجهة الكوارث هو التخفيف من المعانة البشرية لدى الفئات الأقل قدرة على تحمل الشدة الناجمة عن الكوارث.

وعندما نقدم المعونة الإنسانية فإننا لا نشايع جهة ما ولا نقوم بعمل سياسي، وينبغي ألا يُنظر إلى عملنا بهذه النظرة.

٢- تقدم المعونة بغض النظر عن الانتماء العرقي لمتلقيها أو عقيدته أو جنسيته ودون تمييز معاد من أي نوع. وتحسب أولويات المعونة على أساس الحاجة وحدها

سنحاول قدر المستطاع، إتاحة معونة الإغاثة على أساس تقدير شامل لحاجات ضحايا الكوارث والإمكانات المحلية المتوفرة في منطقة حدوثها لسد تلك الحاجات.

وسنأخذ بعين الاعتبار مبدأ التناسبية في مجمل برامجنا. ويجب تخفيف المعاناة البشرية حيثما وجدت، فالحياة ثمينة في جزء من البلد بقدر ما هي ثمينة في جزئه الآخر. ولذا، فإن تقديم المعونة سيعكس درجة المعاناة التي نتوخى تخفيفها.

ونحن نسلّم، في تنفيذنا لهذا النهج، بالدور الحاسم الذي تؤديه النساء في المجتمعات المعرضة للكوارث، وسنضمن دعم هذا الدور – لا تقليله – بواسطة برامج المعونة التي نعدها.

ولا يكون تنفيذ مثل هذه السياسة العالمية والمحايدة والمستقلة فعّالاً إلا إذا توفرت لنا ولشركائنا فرص الحصول على الموارد اللازمة لإتاحة مثل هذه الإغاثة العادلة، والوصول إلى كافة ضحايا الكوارث على نحو متساوْ.

٣- عدم استخدام المعونة لدعم موقف سياسي أو ديني معين

تقدم المعونة الإنسانية وفقاً لحاجات الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. ونحن نؤكد، دون المساس بحق الوكالات الإنسانية غير الحكومية بمناصرة آراء سياسة أو دينية بعينها، أن تقديم المساعدة يجب أن يكون مستقلاً عن مشاطرة متلقيها لتلك الآراء.

ولن نقيّد الوعد بتقديم المساعدة أو تسليمها أو توزيعها باعتناق آراء سياسية أو عقائد دينية معينة أو قبولها.

٤- لن نُسخَّر كأدوات لسياسة الحكومة الخارجية

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هي وكالات تعمل في استقلال عن الحكومات، وبالتالي فإننا نضع سياساتنا وننفذ خططنا ولا نسعى إلى تنفيذ سياسة أي حكومة، إلا إذا تطابقت مع سياستنا المستقلة.

لن نسمح أبداً باستخدامنا أو باستخدام موظفينا، عمداّ أو بسبب الإهمال، في جمع معلومات سياسية أو عسكرية أو اقتصادية هامة لصالح حكومات أو هيئات قد تخدم إغراضاً غير الأغراض الإنسانية البحتة، ولن نُسخَّر كأدوات في خدمة السياسات الخارجية للحكومات المانحة.

نستخدم المساعدة التي نتلقاها في الاستجابة للحاجات وينبغي ألا تمنح هذه المساعدة بدافع التخلص من فائض السلع لدى الجهة المانحة أو تحقيقاً لمصالحها السياسية.

نثمن ونشجع العمل الطوعي والمال الذي يساهم به الأفراد المعنيون لدعم نشاطنا ونسلم باستقلالية الأعمال التي تتأتى بدافع طوعي كهذا. ومن أجل حماية استقلالنا سنسعى إلى تجنب التبعية لمصدر تمويل واحد.

٥- احترام الثقافات والتقاليد

سنسعى إلى احترام ثقافات وهياكل وتقاليد المجتمعات المحلية والبلدان التي نعمل فيها.

٦- محاولة إقامة الهياكل اللازمة لمواجهة الكوارث على أساس الإمكانات المحلية

يملك الناس والمجتمعات المحلية قاطبة – حتى في حالات الكوارث – قدرات ولديهم مواطن ضعف، وسنقوم ما أمكننا بتعزيز هذه القدرات عن طريق استخدام موظفين محليين، وشراء أدوات محلية والتجارة مع شركات محلية. وسنعمل، حيثما كان ذلك ممكناً، وبواسطة الوكالات الإنسانية غير الحكومية المحلية بوصفها شريكة في التخطيط والتنفيذ وسنتعاون مع هياكل الحكومات المحلية كلما كان ذلك مناسباً.

وسنضع التعاون الصحيح في مجـال الاستجابة للحاجات في حالات الطوارئ في مصاف الأولويات الكبرى. ويتم ذلك على أحسن وجه في البلدان المعنية بواسطة أولئك الذي يشاركون مباشرة في عمليات الإغاثة، والذين ينبغي أن يكون من ضمنهم ممثلون عن هيئات الأمم المتحدة ذات الصلة.

٧- إيجاد الوسائل الكفيلة بإشراك المستفيدين من البرامج في إدارة معونات الإغاثة

ينبغي ألا تفرض على المستفيدين أبداً المساعدة المقدمة لهم في حالات الكوارث. ويمكن التوصل إلى الإغاثة الفعّالة وإعادة التأهيل الدائم على أفضل وجه عندما يشارك المستفيدون منها في تصميم برامج المساعدة وإدارتها وتنفيذها. وسنسعى جاهدين إلى الحصول على مشاركة المجتمعات المحلية الكاملة في برامجنا الخاصة بالإغاثة وإعادة التأهيل.

٨- يجب أن تكون مساعدات الإغاثة جهداً يبذل لتقوية الضعفاء على مواجهة الكوارث في المستقبل وإشباع الحاجات الضرورية

تؤثر كل أعمال الإغاثة في إمكانيات تحقيق تنمية طويلة الأجل، سواء بطريقة إيجابية أو سلبية. ونحن إذ نسلّم بذلك، سنسعى جاهدين إلى تنفيذ برامج الإغاثة التي تقلل بشكل فعال من ضعف المستفيدين أمام الكوارث في المستقبل وتساعد على خلق أنماط عيش ممتدة. وسنولي مشاكل البيئة عناية خاصة عند إعدادنا البرامج وتنفيذها. وسنحاول تخفيف الوقع السلبي للمساعدة الإنسانية، بالسعي إلى تفادي اعتماد المستفيدين الطويل المدى على المساعدة الخارجية.

٩- مسؤوليتنا أمام المستفيدين والمانحين

غالباً ما نعمل كصلة وصل منظمة في الشراكة القائمة بين أولئك الذي يرغبون في تقديم المساعدة وأولئك الذي يحتاجون إليها أثناء الكوارث. ولهذا نعتبر أنفسنا مسؤولين تجاه الطرفين.

وتعكس كل معاملاتنا مع المانحين والمستفيدين موقفنا الذي يتسم بالنزاهة والوضوح.

ونقر بالحاجة إلى تقديم تقارير عن أنشطتنا سواء من ناحية التمويل أو من ناحية الفعالية.

كما نقر بواجب مراقبة توزيع المعونات مراقبة صارمة وتقييم منتظم لنتائج المساعدة المقدمة في حالات الكوارث.

وسنسعى أيضاً إلى تقديم تقارير بطريقة مفتوحة، عن نتائج عملنا وعن العوامل التي تحد من هذه النتائج أو تعززها.

وستقوم برامجنا على معايير عالية من المهنية والخبرة بغية التقليل من هدر الموارد الثمينة.

١٠- الاعتراف في أنشطتنا الإعلامية والدعائية بضحايا الكوارث كبشر ذوي كرامة وليس مجرد أشياء يائسة

ينبغي ألا نغفل أبدا احترام ضحايا الكوارث بوصفهم شركاء كاملين في عملية الإغاثة. ويجب أن نعطي في إعلامنا إلى الجمهور صورة موضوعية عن حالة الكوارث نوضح فيها قدرات ضحايا الكارثة وطموحاتهم لا ضعفهم ومخاوفهم فحسب.

وفي حين سنتعاون مع وسائل الإعلام بغية حفز رد فعل الجماهير، فإننا لن نسمح بأن تكون للمطالب الداخلية أو الخارجية على الدعاية الأسبقية على مبدأ زيادة المساعدة الإجمالية لعمليات الإغاثة إلى أقصى حد.

وسنتجنب التنافس مع الوكالات الأخرى التي تواجه الكوارث من أجل التغطية الإعلامية في حالات تكون فيها مثل هذه التغطية ضارة بالنسبة للخدمات المقدمة أو بالنسبة لأمن موظفينا أو المستفيدين من هذه الخدمات.

محيط العمل

بعد أن وافقنا من طرف واحد على أن نعمل جاهدين على الالتزام بقواعد السلوك الواردة آنفاً، نقدم أدناه بعض التوجيهات التوضيحية التي تصف محيط العمل الذي نود أن تخلقه الحكومات المانحة والمضيفة والمنظمات الحكومية وبصورة خاصة وكالات الأمم المتحدة – بغية تسهيل المشاركة الفعّالة للوكالات الإنسانية غير الحكومية في مواجهة الكوارث.

تقدم هذه التوجيهات للإرشاد وهي غير ملزمة من الناحية القانونية، ونحن لا ننتظر من الحكومات والمنظمات الحكومية أن توافق عليها بالتوقيع على أية وثيقة، على الرغم من أن ذلك يمكن أن يكون هدفاً نعمل على تحقيقه في المستقبل. وقد قدمت هذه التوجيهات بروح النزاهة والتعاون كيما يدرك شركاؤنا العلاقة المثالية التي نروم إقامتها معهم.

المرفق الأول:
توصيات لحكومات البلدان المتضررة من الكوارث

١- ينبغي على الحكومات أن تعترف بأعمال الوكالات الإنسانية غير الحكومية وتحترم استقلالها وإنسانيتها وعدم تحيزها

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هيئات مستقلة. وينبغي على الحكومات المضيفة احترام هذا الاستقلال وعدم التحيز.

٢- ينبغي على الحكومات المضيفة تسهيل وصول الوكالات الإنسانية غير الحكومية إلى ضحايا الكوارث بسرعة

كيما يتسنى للوكالات الإنسانية غير الحكومية العمل بموجب مبادئها الإنسانية، ينبغي أن يؤمن لها الوصول إلى ضحايا الكوارث بطريقة سريعة وغير متحيزة، لتقديم المساعدة الإنسانية لهم. ومن واجب الحكومة المضيفة، كجزء من ممارستها لمسؤوليتها في السيادة، بألا تعرقل وصول هذه المساعدة وأن تقبل العمل الذي تنجزه الوكالات الإنسانية غير الحكومية دون تحيز وبعيداً عن السياسة.

ينبغي على الحكومات المضيفة تيسير دخول أفراد الإغاثة بسرعة، وخاصة بإعفائهم من تأشيرات العبور والدخول والخروج، أو القيام بالترتيبات اللازمة للحصول عليها بسرعة.

ينبغي على الحكومات أن تمنح حق الطيران والهبوط للطائرات التي تنقل إمدادات الإغاثة الدولية وموظفيها، طيلة استمرار مرحلة الإغاثة الطارئة.

٣- على الحكومات تيسير تدفق سلع الإغاثة والمعلومات في الوقت المناسب أثناء الكوارث

تجلب إمدادات الإغاثة والمعدات إلى بلد ما بقصد التخفيف من المعاناة الإنسانية فقط، لا من أجل تحقيق مصلحة أو كسب تجاري؛ وينبغي السماح بدخول هذه الإمدادات بحرية ودون قيود بصفة عادية وينبغي عدم المطالبة بالشهادات القنصلية الخاصة بمصدرها، أو رخص الاستيراد/أو التصدير أو أي تقييد آخر، أو رسوم الاستيراد الأرضية أو رسوم الميناء.

وينبغي على الحكومة المضيفة أن تيسر الاستيراد المؤقت لمعدات الإغاثة الضرورية، بما في ذلك السيارات والطائرات الخفيفة وأجهزة الاتصالات، بإزالة قيود الترخيص أو التسجيل مؤقتاً. كما يجب ألا تقيد الحكومة إعادة تصدير معدات الإغاثة بعد انتهاء عملية الإغاثة.

ولتسهيل الاتصالات أثناء الكوارث، يتم تشجيع الحكومات المضيفة على تخصيص بعض موجات الإذاعة كيما تستخدمها منظمات الإغاثة من أجل الاتصالات أثناء الكوارث داخل البلد وخارجه، وينبغي أن تطلع الحكومات منظمات مواجهة الكوارث على هذه الموجات قبل حدوث الكارثة، كما ينبغي عليها السماح للعاملين في الإغاثة باستخدام جميع وسائل الاتصالات اللازمة لعمليات الإغاثة.

٤- ينبغي أن تسعى الحكومات إلى توفير معلومات منسقة عن الكوارث وخدمات مخططة لها

إن التخطيط والتنسيق الشاملين لجهود الإغاثة هما في الواقع من مسؤولية الحكومة المضيفة. ويمكن تعزيز التخطيط والتنسيق إلى حد كبير إذا أتيحت للوكالات الإنسانية غير الحكومية معلومات عن حاجات الإغاثة والأجهزة الحكومية من أجل التخطيط لجهود الإغاثة وتنفيذها فضلاً عن المعلومات بشأن المخاطر الأمنية التي يحتمل أن تنشأ. لذا، فالحكومات مدعوة لإتاحة مثل هذه المعلومات للوكالات الإنسانية غير الحكومية.

وبغية تيسير التعاون الفعلي والاستخدام الأمثل لجهود الإغاثة، فإن الحكومات مدعوة إلى تخصيص نقطة اتصال واحدة للوكالات الإنسانية غير الحكومية من أجل الاتصال بالسلطات الوطنية، قبل وقوع الكوارث.

٥- أعمال الإغاثة في حالات النزاع المسلح

في حالات النزاع المسلح، تخضع أعمال الإغاثة إلى أحكام القانون الدولي الإنساني ذات الصلة.

المرفق الثاني: توصيات إلى الحكومات المانحة

١- ينبغي على الحكومات المانحة أن تعترف بالأعمال الإنسانية التي تقوم بها الوكالات الإنسانية غير الحكومية باستقلال ودون تحيز وأن تحترم هذه الأعمال

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هيئات مستقلة ينبغي أن تحترم الحكومات المتبرعة استقلالها وعدم تحيزها كما ينبغي ألا تستخدم هذه المنظمات لأي هدف سياسي أو أيديولوجي.

٢- ينبغي على الحكومات المانحة إتاحة التمويل مع ضمان الاستقلال في العمل

تقبل الوكالات الإنسانية غير الحكومية المساعدة المالية والمادية من الحكومات المانحة بنفس الروح التي تقدم بها المساعدة لضحايا الكوارث، أي روح العمل الإنساني المستقل. ويقع تنفيذ أعمال الإغاثة في النهاية على عاتق الوكالات الإنسانية غير الحكومية ويتم إنجازها وفقاً لسياسات هذه الوكالات.

٣- ينبغي على الحكومات المانحة القيام بمساعيها الحميدة لمساعدة الوكالات الإنسانية غير الحكومية في الوصول إلى ضحايا الكوارث

ينبغي على الحكومات المانحة الاعتراف بأهمية قبول مستوى معين من المسؤولية من أجل ضمان وصول موظفي الوكالات الإنسانية إلى مواقع الكوارث بحرية وأمانة. وينبغي عليها أن تكون مستعدة للجوء إلى الدبلوماسية مع الحكومات المضيفة بشأن مثل هذه القضايا إذا اقتضى الأمر.

المرفق الثالث: توصيات إلى المنظمات الحكومية

١- ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية أن تعترف بالوكالات الإنسانية غير الحكومية، المحلية والأجنبية كهيئات شريكة لها قيمتها

ترغب الوكالات الإنسانية غير الحكومية في العمل مع الأمم المتحدة والمنظمات الحكومية الدولية في مواجهة الكوارث بصورة أفضل، وذلك بروح الشراكة التي تحترم سيادة واستقلال كل الشركاء. وعلى المنظمات الحكومية الدولية أن تحترم استقلال الوكالات الإنسانية غير الحكومية وعدم تحيزها. كما يجب على وكالات الأمم المتحدة استشارة الوكالات الإنسانية عند إعداد خطط الإغاثة.

٢- ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية مساعدة الحكومات المضيفة على إتاحة إطار تنسيق شامل لأعمال الإغاثة الدولية والمحلية

لا تكون الوكالات الإنسانية غير الحكومية موكلة عادة لإتاحة إطار تنسيق شامل للكوارث التي تقتضي رد فعل دولي. وهذه المسؤولية تقع على عاتق الحكومة المضيفة وهيئات الأمم المتحدة ذات الصلة، وهي مدعوة لإتاحة هذه الخدمة بطريقة فعالة وتوقيت مناسب خدمة للدولة المنكوبة والهيئات الوطنية والدولية المواجهة للكوارث. ينبغي على الوكالات الإنسانية غير الحكومية أن تبذل قصارى جهدها، في جميع الأحوال، لضمان فعالية تنسيق خدماتها. وفي حالة حدوث نزاع مسلح، تخضع أعمال إغاثة لأحكام القانون الدولي الإنساني ذات الصلة.

٣- ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية أن تشمل الوكالات الإنسانية غير الحكومية بالحماية الأمنية المتاحة لمنظمات الأمم المتحدة

حيثما أتيحت خدمات الأمن للمنظمات الحكومية الدولية ينبغي إتاحتها لعمليات الوكالات الإنسانية غير الحكومية إذا لزم الأمر.

٤- على المنظمات الحكومية الدولية أن تتيح للوكالات الإنسانية غير الحكومية المعلومات نفسها ذات الصلة التي تتيحها لمنظمات الأمم المتحدة

إن المنظمات الحكومية الدولية مدعوة لتبادل كل المعلومات المتصلة بالمواجهة الفعالة للكوارث، مع شريكاتها من الوكالات الإنسانية غير الحكومية.

الملحق رقم ٣

الاختصارات والأحرف الأولية

ACT	artemisinin-based combination therapy	تركيبة علاج تحتوي على مادة الأرتيميسينين
ALNAP	Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action	شبكة التعلم النشط من أجل المساءلة والأداء في العمل الإنساني
ART	anti-retroviral therapy	العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية
ARV	anti-retroviral	مضاد للفيروسات الارتجاعية
BCPR	Bureau for Crisis Prevention and Recovery (UNDP)	مكتب منع الأزمات والإنعاش (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي)
BEmOC	basic emergency obstetric care	الرعاية الأساسية العاجلة للتوليد ورعاية الوليد
BMI	body mass index	مؤشر كتلة الجسم
BMS	breastmilk substitutes	بدائل لبن الأم
BTS	blood transfusion service	خدمات نقل الدم
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها
CE-DAT	Complex Emergency Database	قاعدة بيانات لحالات الطوارئ المعقدة
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women	اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة
CEmOC	comprehensive emergency obstetric care	الرعاية الشاملة العاجلة للتوليد
CFR	case fatality rate	معدل حالات الوفيات
CHW	Community Health Worker	العاملون الصحيون المجتمعيون
CIHL	Customary International Humanitarian Law	القانون الدولي الإنساني العرفي
Cm	centimetre	سنتيمتر
CMR	crude mortality rate	معدل الوفيات الخام
CRC	Convention on the Rights of the Child	اتفاقية حقوق الطفل
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
CRS	Catholic Relief Services	خدمات الإغاثة الكاثوليكية
CTC	cholera treatment centre	مركز علاج الكوليرا
DAC	Development Assistance Committee	لجنة المساعدة الإنمائية
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus	الدفتيريا، والسعال الديكي (الشاهوق)، والكزاز (التيتانوس)
ECB	Emergency Capacity Building (Project)	بناء القدرات في حالات الطوارئ (مشروع)
ENA	Emergency Nutrition Assessment	تقدير حالة التغذية في حالات الطوارئ
EPI	Expanded Programme on Immunization	برنامج التحصين الموسع

ETAT	Emergency Triage, Assessment and Treatment	الفرز والتقدير والمعالجة في حالات الطوارئ
EWARN	early warning	الإنذار المبكر
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance	مشروع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية للمساعدة التقنية في مجـال الأغذية والتغذية (فانتا)
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	منظمة الأغذية والزراعة (الفاو)
FTE	full-time equivalent	معادل الدوام الكامل
GMO	genetically modified organism	كائن معدل وراثياً
HAP	Humanitarian Accountability Partnership	الشراكة في المساءلة الإنسانية
HIS	health information system	نظام معلومات الصحة
IASC	Inter-Agency Standing Committee	اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات
ICC	International Criminal Court	المحكمة الجنائية الدولية
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights	العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية
ICERD	International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination	الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights	العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية
ICRC	International Committee of the Red Cross	اللجنة الدولية للصليب الأحمر
ICVA	International Council of Voluntary Agencies	المجلس الدولي للوكالات الطوعية
IDLO	International Development Law Organization	المنظمة الدولية لقانون التنمية
IDP	internally displaced person	النازح داخل بلده
IFE	infant feeding in emergencies	تغذية الرضع في حالات الطوارئ
IFPRI	International Food Policy Research Institute	المعهد الدولي لبحوث سياسات الغذاء
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر
IGC	International Grains Council	مجلس الحبوب الدولي
IHL	international humanitarian law	القانون الدولي الإنساني
IMAI	Integrated Management of Adult Illness	الإدارة المتكاملة لأمراض الكبار
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses	الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة
IMPAC	Integrated Management of Pregnancy and Childbirth	الإدارة المتكاملة للحمل والولادة
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies	الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ (آيني)
IPC	infection prevention and control	الوقاية من العدوى ومكافحتها
IRC	International Rescue Committee	اللجنة الدولية للإنقاذ
IRS	indoor residual spraying	الرش الثمالي داخل المباني

ISPO	International Society for Prosthetics and Orthotics	الجمعية الدولية للأطراف الاصطناعية والأجهزة التقويمية
IYCF	infant and young child feeding	تغذية الرضع وصغار الأطفال
Km	kilometre	كيلومتر
LBW	low birth weight	انخفاض الوزن عند الولادة
LEDS	light-emitting diodes	الصمامات الثنائية التي تشع الضوء
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards	المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية (LEGS)
LLIN	long-lasting insecticide-treated net	ناموسيات معالجة بمبيدات حشرية طويلة الأمد
MISP	Minimum Initial Service Package	حقيبة الخدمات الأولية الدنيا
MOH	Ministry of Health	وزارة الصحة
MSF	Médecins sans Frontières	منظمة أطباء بلا حدود
MUAC	mid upper arm conference	محيط منتصف العضد
NCDs	non-communicable diseases	الأمراض غير المعدية
NCHS	National Center for Health Statistics	المركز الوطني لإحصائيات الصحة
NFI	non-food item	مواد غير غذائية
NGO	non-governmental organisation	منظمة غير حكومية
NICS	Nutrition in Crisis Information System	نظام المعلومات المعني بالتغذية في حالات الأزمات
NRC	Norwegian Refugee Council	المجلس النرويجي للاجئين
NTU	nephelometric turbidity units	قياس عكارة الماء بالتقنية النفلومترية
OAU	Organization of African Unity (now African Union)	منظمة الوحدة الأفريقية (الاتحاد الأفريقي الآن)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	مكتب المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان
ORS	oral rehydration salts	أملاح الإماهة الفموية (محلول معالجة الجفاف عن طريق الفم)
PAHO	Pan American Health Organization	منظمة الصحة للبلدان الأمريكية
PEP	post-exposure prophylaxis	العلاج الوقائي بعد التعرض للمرض
PLHIV	people living with HIV	المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية
PLWHA	people living with HIV and AIDS	المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز
PMTCT	prevention of mother-to-child transmission (of HIV)	الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم المصابة إلى الطفل
PoUWT	point-of-use water treatment	معالجة المياه عند نقطة الاستخدام
Q&A	quality and accountability	الجودة والمساءلة
RH	reproductive health	الصحة الإنجابية
RNI	reference nutrient intakes	كمية المواد الغذائية المرجعية الكافية لتلبية الاحتياجات الغذائية
SCM	supply chain management	إدارة سلسلة التموين

SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)	شبكة النهوض بالمشروعات الصغيرة وتعزيزها (سيب)
SKAT	Swiss Centre for Appropriate Technology	المركز السويسري للتكنولوجيا الملائمة
SMART	Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions	عمليات الرصد والتقدير المعيارية أثناء مرحلة الإغاثة والمرحلة الانتقالية المؤقتة
STIs	sexually transmitted infections	الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي
TB	tuberculosis	السل (الدرن)
TIG	tetanus immune globulin	اللقاح ضد الكزاز (التيتانوس)
U5MR	under-5 mortality rate	معدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات
UDHR	Universal Declaration of Human Rights	الإعلان العالمي لحقوق الإنسان
UN	United Nations	الأمم المتحدة
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
UN-DDR	United Nations Disarmament, Demobilization and Reintegration	الأمم المتحدة لنزع السلاح والتسريح وإعادة الدمج
UNDP	United Nations Development Programme	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
UNFCCC	United Nations Framework Convention on Climate Change	الاتفاقية الإطارية للأمم المتحدة بشأن تغير المناخ
UNFPA	United Nations Population Fund	صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية
UN-Habitat	United Nations Human Settlements Programme	برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (موئل الأمم المتحدة)
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)	مكتب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (وكالة الأمم المتحدة للاجئين)
UNICEF	United Nations Children's Fund	صندوق الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)
UNISDR	United Nations International Strategy for Disaster Reduction	الاستراتيجية الدولية للأمم المتحدة من أجل الحد من الكوارث
USAID	United States Agency for International Development	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية
VCA	vulnerability and capacity analysis	تحليل مواطن الضعف والقدرات
VIP	ventilated improved pit (latrine)	تحسين تهوية مراحيض الحفر
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion	الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة
WEDC	Water, Engineering and Development Centre	مركز هندسة وتطوير المياه
WFH	weight for height	الوزن بالنسبة للطول
WFP	World Food Programme	برنامج الأغذية العالمية
WHA	World Health Assembly	جمعية الصحة العالمية
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية
WSP	water safety plan	خطة سلامة المياه

الفهرس



زوروا موقع مشروع «اسفير» الإلكتروني:

www.sphereproject.org

يمكنكم طلب دليل «اسفير» من دار الشروق:

www.shorok.com

الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في مجال الاستجابة الإنسانية الحق في الحياة بكرامة

إن مشروع "اسفير" هو مبادرة تهدف إلى تحديد وتعزيز مجموعة معايير يستخدمها المجتمع العالمي في الاستجابة إلى محنة السكان المتضررين من الكوارث.

ويعمل مشروع "اسفير" من خلال هذا الدليل من أجل عالم يعترف بحق كافة السكان المتضررين من الكوارث في إعادة بناء حياتهم وسبل كسبهم للعيش، والعمل على ذلك بطرق تحترم صوتهم وتعزز كرامتهم وأمنهم.

ويتضمن هذا الدليل ما يلي:

- الميثاق الإنساني: وهو المبادئ القانونية والأخلاقية التي تجسد حقوق السكان المتضررين من الكوارث
- مبادئ الحماية
- المعايير الأساسية والمعايير الدنيا ممثلة في أربعة مجالات عمل إنسانية رئيسية منقذة للحياة، هي: الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، والأمن الغذائي والتغذية، والمأوى والمستوطنات البشرية واللوازم غير الغذائية، ومجال العمل الصحي. وهي تصف **ما يتعين على الاستجابة الإنسانية تحقيقه، لكي يتسنى للسكان المتضررين من الكوارث البقاء على قيد الحياة، والانتعاش بكرامة في ظل ظروف مستقرة.**

ويحظى دليل مشروع "اسفير" باعتماد واسع لدى الوكالات والأفراد، بما يقدمه للقطاع الإنساني من **لغة مشتركة للعمل معاً من أجل تحقيق الجودة والمساءلة في حالات الكوارث والنزاعات.**

يتضمن دليل 'اسفير' عدداً من المعايير المترافقة: المعايير الدنيا لحماية الطفل في مجال العمل الإنساني ومعايير التعليم في حالات الطوارئ الصادرة عن «الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ (آيني)» والمعايير والإرشادات في حالات الطوارئ الخاصة بالماشية (لاغز) والمعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي بعد الأزمات الصادرة عن شبكة (ميرس). وبالتالي فإن 'اسفير' يوسع نطاق تغطيته استجابة للحاجات التي نشأت داخل القطاع الإنساني.









وقد بدأ هذا المشروع في عام ١٩٩٧ بواسطة عدد من المنظمات الإنسانية غير الحكومية وحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

ISBN 978-1-908176-04-2

9 781908 176042